FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Victor PANCIULESCO

Né à Bucarest (Roumanie), le 4 mars 1884
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

TRAITEMENT DE CHOIX

DANS LA

Rétention incomplète chronique

AVEC

DISTENSION CHEZ LES PROSTATIQUES

Président : M. LEGUEU, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MON BEAU-FRÈRE

Témoignage de ma profonde affection et reconnaissance.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur MARION

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Mon cher maître,

Ce travail est votre œuvre. En me désignant ce sujet, vous m'avez donné l'occasion d'observer, et l'observation a entraîné ma conviction. Si je défends mal vos idées, j'aurais au moins l'excuse de rapporter des faits qui suppléerons sans peine à l'insuffisance de ma discussion.

Permettez-moi de vous remercier et de vous témoigner ma reconnaissance et mon plus profond dévouement.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

Professeur de Clinique des voies urinaires
Chirurgien de l'Hôpital Necker
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
PENDANT MON EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR FAISANS

Médecin de l'Hôpital Beaujon

MONSIEUR LE DOCTEUR CAMPENON

Chirurgien de l'Hôpital de la Charité

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Chirurgien de l'Hôpital Broca
Professeur à la Faculté de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHARD

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

MONSIEUR LE DOCTEUR SICARD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR SOULIGOUX

Chirurgien de l'Hôpital de la Charité

MONSIEUR LE DOCTEUR CASTAIGNE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital. Bastion 29

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNÉ

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR MARION

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS PROUST, LENORMANT

Chirurgiens des Hôpitaux
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

MM. ELIOT, GERMAIN, HENRY, LEBRUN

Assistants du service Civiale à l'Hôpital Lariboisière

A MES AMIS

TRAITEMENT DE CHOIX

DANS LA

Rétention incomplète chronique

AVEC

DISTENSION CHEZ LES PROSTATIQUES

INTRODUCTION

Dans la première partie de notre travail nous allons exposer l'étude clinique de la rétention incomplète chronique avec distension, puis nous aborderons de suite la partie qui forme le titre de l'ouvrage, le traitement.

La rétention chronique se présente en clinique sous trois formes différentes :

1° *Rétention incomplète sans distension ;*

2° *Rétention incomplète avec distension ;*

3° *Rétention complète.*

Nous allons nous occuper tout simplement de la *rétention incomplète chronique avec distension.*

Rétention incomplète chronique avec distension

C'est, dit M. Guyon (1), la forme la plus grave, la *plus méconnue*, la plus *difficile à traiter*, la plus insidieuse et la *moins décrite*. Elle a cependant été observée. Civiale par exemple, dans le paragraphe intitulé : *Stagnation de l'urine avec affaissement et délabrement de la santé générale* (2), en cite des cas, et donne une description qui reproduit une partie des traits du complexus morbide que nous allons rapidement étudier.

Les traits caractéristiques de cette forme de rétention sont les suivants :

La vessie est distendue, par une quantité assez considérale d'urine, ce qui n'empêche pas le malade d'uriner constamment et de vider tout ce qui, descendant des reins, s'ajoute à ce grand résidu et fait déborder ce vase trop plein (3). Il y a donc *rétention* puisque la vessie contient toujours une quantité d'urine : elle est *incomplète*, puisque le malade urine constamment ; elle est enfin *distension*, puisque la quantité considérable d'urine qui stagne dans la vessie fait remonter celle-ci jusqu'au niveau de l'ombilic

---

1. Guyon, *Maladies des voies urinaires*, t. I, p. 257.
2. Civiale, *Traité des maladies des org. gén. ur.*, t. III, p. 261.
3. Legueu, *Traité chirurgical d'urologie*, p. 166.

ou même au-dessus, enfin elle est aseptique, ou du moins elle reste, jusqu'à ce que le malade ait été sondé. Ces quatre termes suffisent à eux seuls à caractériser cette forme de rétention.

Clinique. — Cette rétention n'a rien du cortège bruyant et classique qui traduit la rétention aiguë.

La distension est ancienne quand le malade vient à nous ; elle a de longue date troublé le fonctionnement de l'appareil urinaire, elle a eu le temps de déterminer des modifications anatomiques.

Grâce à l'absence de sensibilité pathologique, à la lente et progressive accumulation, il n'y a pas, ou peu, de réaction vésicale (1), la fréquence de miction est le seul symptôme local ; il n'est pas question de douleur ; il n'y a pas de fièvre.

L'incontinence d'urine est souvent la raison qui déterminent ces malades à réclamer des conseils. Cette incontinence, d'abord *nocturne*, devient après plus ou moins de temps *diurne*. Ce n'est au fond qu'une *fausse incontinence :* le besoin est pressant et le malade n'a pas le temps de le satisfaire ; il urine dans son pantalon. Aussi, souvent s'empresse-t-il de chercher un urinal pour éviter cet inconvénient pénible d'être toujours mouillé et de sentir mauvais. Ces malades, malgré que tous soit disposé pour cela, n'urinent cependant pas toujours par regorgement (2). La plupart restent maîtres de leur miction. Malgré

---

1. Guyon, *Maladies des voies urinaires*, t. I, p. 259.
2. Guyon, *Maladies des voies urinaires*, t. I, p. 259.

cette situation, qui paraît malheureusement sortable, à beaucoup, il en est qui viennent consulter parce qu'ils *urinent trop souvent.* Ils disent que l'urine vient sans effort, sans la moindre souffrance que leurs nuits seraient des plus troublées s'ils n'étaient arrivés à garder l'urinal entre leurs jambes et à uriner en dormant, mais la journée ne leur apporte pas grande atténuation des besoins. Les urines émises sont claires et même particulièrement limpides, peu colorées.

La succession de ces incidents est si constante, qu'on peut presque dire *que tout individu de soixante ans ou plus qui porte un urinal est un rétentionniste avec distension* (1).

En même temps il y a *polyurie* très intense, trois à quatre litres par vingt-quatre heures.

D'autres malades arrivent parce qu'ils se sentent affaiblis, souffrent d'une *dyspepsie* chronique, due à une lente intoxication urinaire aseptique, ils ont très soif, leur langue est très sèche, ils vomissent quelquefois, leur appétit se perd, la viande ne leur plaît plus, il y a un amaigrissement notable, et leur facies rappelle celui des *cancéreux.*

Il y a des troubles graves et pressants de la nutrition ; quoi d'étonnant, dit M. Guyon, que de petits symptômes urinaires soient alors négligés ? (2) Les

---

1. Legueu, *Traité chirurgical d'urologie,* p. 167.
2. Guyon, *Maladies des voies urinaires,* t. I, p, 260.

fonctions digestives souffrent, et c'est par elles que la santé paraît directement et gravement menacée.

Ces trois symptômes : *fréquence des mictions avec* ou *sans incontinence*, *polyurie*, *troubles digestifs*, ainsi associés, sont *pathognomoniques*. Le diagnostic est fait, il ne reste qu'à le vérifier.

Pour cela en plaçant le malade dans le décubitus dorsal et en palpant avec le plat de la main la région hypogastrique, nous trouvons une grosse tumeur qui est la vessie distendue. Cette tumeur se manifeste dès le début, elle est médiane, quelquefois latérale cependant et alors inclinée à gauche. C'est une tumeur volumineuse, lisse, renitente, quelquefois peu mobilisable, non sensible. Pratiquez le toucher combiné, dit M. Guyon, et s'il vous restait un doute, vous verriez disparaître toute hésitation.

Évolution. — La rétention incomplète peut durer six, huit mois, elle est cependant la plus grave, pour deux raisons.

D'abord ces malades ont une extraordinaire *aptitude à l'infection*. La distension de tout l'appareil constitue une condition éminemment favorable de colonisation. La moindre faute d'asepsie trouve alors un terrain favorable, et l'élévation de la température suit souvent l'utilisation du sondage.

En plus, ces malades sont en puissance d'intoxication, ils sont atteints d'insuffisance rénale depuis le jour où la distension n'a plus permis au rein de faire régulièrement son office de filtre.

Cette insuffisance se traduit par la diminution de

l'urée dans l'urine et des matières extractives. Cette intoxication se caractérise par la torpeur cérébrale, par leur tendance au sommeil dans la journée.

Pathogénie. — La pathogénie de l'état morbide complexe que nous étudions n'est pas douteuse. Il est permis de considérer, dit M. Guyon (1), comme démontré que nous avons affaire à des *intoxiqués*.

Pronostic. — Il est dans ces cas toujours grave, et doit être absolument réservé. « Vous serez dans la vérité, dit M. Guyon, en signalant au médecin ou a l'entourage du malade tous les périls de la situation » (2).

Nous allons voir, à propos du traitement, que le pronostic est beaucoup moins défavorable depuis que nous avons complètement abandonné le sondage méthodique institué par M. Guyon, cause la plus fréquente de l'infection chez ces malades. Nous nous réservons donc de revenir sur ce chapitre à propos du traitement.

Complications. — Le cathétérisme est l'agent ordinaire de l'infection. Nous allons donc étudier les lésions que présentent les reins de ces distendus urinaires. Habituellement ce sont des lésions de pyélonéphrite à type spécial, la pyélonéphrite des distendus qui se caractérise par la localisation spéciale des suppurations d'où la dénomination de

---

1. Guyon, *Maladies des voies urinaires*, t. I, p. 262.
2. Guyon, *Maladies des voies urinaires*, t. I, p. 262.

néphrite suppurée rayonnée (1). Au niveau des *pyramides de Ferrein* nous trouvons des véritables fusées suppuratives. Dans la *substance corticale* nous trouvons des foyers de congestion.

Cette disposition spéciale des fusées suppuratives démontre que c'est une *suppuration péri-tubulaire*, et qu'elle est faite par voie ascendante.

Du côté de l'appareil urinaire inférieur, nous trouvons les uretères allongés, dilatés, avec un épaississement très marqué de sa paroi, le bassinet présente les mêmes lésions, dilatation et épaississement des parois (2).

A ce propos, M. le professeur Legueu a présenté au Congrès d'urologie, de 1909, la description d'une autopsie pratiquée chez un distendu, où il a noté une dilatation des uretères énorme, grosse comme un humérus.

Ces lésions sont bilatérales et le plus souvent plus prononcées d'un côté que de l'autre.

Symptômes — La symptomatologie est différente suivant la forme à considérer.

Dans la *forme suraiguë* survenant chez un distendu cathétérisé, on voit apparaître des phénomènes généraux graves, et au bout de quarante-huit heures le malade succombe.

Si on examine les urines, on ne trouve pas de pus,

---

1. Marion, *Leçons cliniques*, Lariboisière, 1913.
2. Legueu, Congrès d'urologie. 1909 (*Annales des mal. gén. urin.*, 1909).

le rein n'a même pas eu le temps de donner du pus.

Dans la *forme aiguë* le début se fait par l'apparition des frissons, d'élévations de température et urines rares ; langue sèche, rouge, constipation, diarrhée, puis le malade succombe.

Si on explore les reins de ces malades : nous trouvons qu'ils sont sensibles, douloureux, les urines qui étaient claires se troublent et contiennent du pus.

La *forme chronique* peut être l'aboutissant de la forme précédente, mais elle peut être aussi chronique d'emblée. Dans cette forme comme dans les précédentes, ce ne sont pas les phénomènes locaux qui prédominent, c'est l'état général excessivement mauvais. Dans la forme chronique, la température reste normale avec état général mauvais, troubles digestifs, soif intense, les urines sont augmentées, il y a de la polyurie trouble.

Elle peut emporter le malade au bout de trois semaines à un mois.

TRAITEMENT

Historique. — Faire l'historique du traitement de la rétention incomplète chronique avec distension, c'est passer en revue tous les traitements proposés pour l'hypertrophie de la prostate. Nous tâcherons de nous résumer sur ces divers traitements palliatifs proposés, pour en venir au traitement habituel. *Sondages, prostatectomie d'emblée* et la *cystostomie d'emblée* que nous proposons *avant toute tentative de sondage*, disons-le de suite.

Pendant longtemps et jusqu'à il y a à peu près vingt-cinq ans environ, on pensait avec M. Guyon que le *cathétérisme permanent et intermittent*, mais régulièrement pratiqué, constituait le meilleur et presque l'unique traitement de la rétention d'urine dans l'hypertrophie.

Mais à partir de 1893, une série de procédés et d'opérations nouvelles, basées d'une part sur une étude plus approfondie de la physiologie pathologique, et d'autre part sur les résultats de la physiologie expérimentale, prirent naissance, soit en France, soit à l'étranger, qui se proposèrent d'amener la

diminution de l'hypertrophie prostatique par une voie indirecte pour remédier à l'infériorité relative d'un traitement qui n'est que palliatif.

Ce fut d'abord l'époque de *fistulisations hypogastriques*, puis la période des procédés cherchant à atrophier la glande par la *castration et section des déférents*.

A ce propos, nous trouvons dans *des Annales génito urinaires* de 1903 un rapport fait par le Dr Potherat (1) à la Société de Chirurgie, le 26 mars 1902. Sur 4 cas de *résection des canaux déférents* pour dysurie prostatique pratiquée par le Dr Charier d'Angers :

Dans un de ces 4 cas, il s'agit justement d'un rétentioniste incomplet, chronique, avec mauvais état général, et vessie assez dilatée, mais il échoua dans sa tentative, car la rétention continua sa marche.

Du reste, M. le professeur Legueu (2) avait démontré au Congrès de Chirurgie de 1901, que la résection des déférents ne sert à rien, dans le traitement de l'hypertrophie.

Puis on proposa la ligature des artères ; *spermatiques et déférentielles* (procédé Withe) ; *résection bilatérale des nerfs spermatiques* (procédé Pjewalski) ; *résection des vaisseaux et des nerfs du cordon ; angionévrectomie* (procédé Albarran-Motz) ;

---

1. Dr Potherat, Société de Chirurgie, 26 mai 1902.
2. Legueu, *Congrès de Chirurgie*, 1901.

Ligature en masse avec ou sans résection du cordon (procédé Malherbe).

Après l'enthousiasme d'ailleurs légitime des premières heures, ces méthodes ont perdu leur intérêt avec l'apparition de la prostatectomie.

Occupons-nous donc maintenant, des résultats du traitement spécial proposé pour la rétention incomplète chronique avec distension, à savoir :

1° Le *sondage méthodique*, c'est la méthode d'hier ;

2° La *prostatectomie d'urgence* soit périnéale ou sus-pubienne méthode d'aujourd'hui, comme (1), dit M. Legueu, d'hier pour nous.

3° La *cystostomie d'emblée*, traitement de choix, méthode d'aujourd'hui pour nous ; dans cet état morbide, si grave et si redoutée par tous les auteurs.

Traitement par les sondages

Nous avons reproduit au début même de cet ouvrage les paroles magistrales de M. Guyon, à propos de la rétention incomplète chronique avec distension. « C'est la forme la plus grave, dit-il, la plus méconnue et la plus difficile à traiter (2).

» Observés alors qu'ils sont depuis longtemps sous l'influence de l'empoisonnement urineux dans sa forme lente et apyrétique, minés par l'intoxication

1. Legueu, *Traité chirurgical d'urologie*, p. 168.
2. Guyon, *Maladies des voies urinaires*, t. I, p. 261,

continue, ces malades se présentent à nous dans des conditions particulièrement graves et vivent dans un équilibre très instable.

» La moindre perturbation peut le rompre, aussi l'intervention chirurgicale, qui seule cependant permet d'agir avec chance de succès, est-elle particulièrement difficile et délicate ».

Les règles du sondage ont été bien formulées par le professeur Guyon.

Le sondage doit être fait avec une petite sonde béquille, n° 15 ou 16 au maximum, pour ne pas diminuer, par un courant trop rapide, la tension trop brusquement. Prendre les précautions antiseptiques les plus minutieuses, « une sonde qui n'est pas parfaitement stérile est alors un instrument des plus dangereux » (1).

En même temps, une asepsie rigoureuse du glande. Il faut nettoyer minutieusement la glande, la verge, avant tout cathétérisme. L'évacuation sera d'abord lente et partielle ; successivement croissante, elle deviendra presque totale en peu de jours.

On retire doucement 400 à 500 grammes au maximum. Le malade sera ainsi sondé de la même façon, par la même personne, deux fois par jour et à chaque fois ne retirant pas plus de 400 à 500 grammes.

Il ne suffit pas d'avoir mis ordre à une incontinence, il faut empêcher que la vessie revienne, tem-

---

1. Guyon, *Maladies des voies urinaires*, t. I, p. 264.

porairement, à un trop haut degré de tension ; il est pour cela nécessaire d'arriver prochainement à 3 ou 4 cathétérismes dans les vingt-quatre heures. En bonne règle, dit M. Guyon, il ne faut pas vider complètement qu'après une quinzaine de jours.

Au cours de cette évacuation, plusieurs incidents peuvent se produire (1).

D'abord c'est l'*hématurie ex vacuo* quand l'évacuation est trop rapide ou trop abondante. Il faut alors augmenter la tension vésicale en remplissant en partie la vessie par de l'eau boriquée.

Puis, c'est *la fièvre* ; elle manque rarement au début, car, malgré toutes les précautions, l'inoculation est à peu près fatale (2).

Dans ces cas, il faut laisser la sonde à demeure, mais à condition qu'elle soit bouchée hermétiquement par un fosset. A chaque évacuation, remettre dans la vessie avec la seringue une centaine de grammes de nitrate d'argent au 1/1000, à titre de désinfectant.

Au fur et à mesure que l'évacuation s'avance et va toucher sa fin, il se produit du côté de la vessie des crises de ténesme extrêmement douloureuses. Il faut alors rétablir la tension en replaçant dans la vessie une certaine quantité de liquide (250 gr.) avec une sonde fermée qui sera ouverte toute les deux heures pour enlever le trop-plein.

---

1. Legueu, *Traité chirurgical d'urologie*, p. 169.
2. Legueu, *Traité chirurgical d'urologie*, p. 169.

Résultats et opinions des auteurs.

Occupons nous maintenant *des résultats* obtenus par le sondage méthodique et passons en revue les opinions de divers auteurs qui se sont occupés de cette question.

En cherchant pour trouver des statistique relatives aux résultats obtenus par le sondage méthodique dans les cas de rétention incomplète chronique avec distension, nous trouvons la thèse du Dr Jean (1) publiée en 1879 sous le titre *De la rétention incomplète dans les cas de lésions prostatiques et de rétrécissement de l'urètre.*

Au chapitre relatif à la distension vésicale par lésions prostatiques nous trouvons 8 observations. Il s'agit des malades en état de rétention incomplète chonique avec distension vésicale assez marquée, avec un état général excessivement mauvais, langue sèche, rouge, soif intense avec un facies pâle, amaigri, en somme le tableau clinique typique du distendu urinaire. Tous ces malades ont de soixante-dix à quatre-vingts ans.

Au point de vue traitement tous ont été traités par le sondage méthodique avec beaucoup de soin, au

---

1. Dr Jean thèse, 1789. *De la rétention incomplète dans les cas de lésions prostatiques et de rétrécissement de l'urètre*

point de vue antisepsie. Or le résultat est déplorable ; tous sont morts au bout de huit et quinze jours de traitement avec des phénomènes de pyélonéphrite.

Dans la thèse de Vrain, 1903-1904, nous trouvons quelques cas qui nous intéressent.

Il classe ses observations suivant les conditions cliniques de la rétention vésicale constatée au moment où les malades ont été opérés.

Dans le deuxième groupe nous trouvons l'observation XII où il s'agit d'un distendu qui perdait ses urines goutte à goutte, il avait l'incontinence depuis un an, avec langue sèche, rôtie et état général mauvais.

On lui pratiqua le cathétérisme, et on retira 450 grammes d'urine, puis on mit la sonde à demeure. L'amélioration de l'état général ne s'est pas produite et la température monta à 38-39 degrés. M. Hartmann l'opéra par prostatectomie périnéale. Le malade est mort au bout de six jours.

Dans le troisième groupe nous trouvons l'observation XIX il s'agit aussi d'un distendu urinaire, avec vessie augmentée de volume et mauvais état général. M. Hartmann lui fit des sondages, le lendemain, la température est remontée à 38°8, malgré les lavages au nitrate d'argent, la température reste élevée et l'état général empire. M. Hartmann décide l'intervention, ce qui sauva le malade.

Dans la thèse de Petit (1901-1902) nous trouvons 3 observations des malades en rétention incom-

plète chronique avec distension qui ne datait pas depuis longtemps et avec un état général qui n'était mauvais que depuis peu de temps. A tous ces malades on a fait des cathétérismes préliminaires, qui ont amélioré leur vessie, et leur état général.

Dans le chapitre IV « *Indications et contre-indications de la prostatectomie périnéale.* Il dit « Dans le cas de rétention incomplète avec distension, faire d'abord un traitement préparatoire de quelques jours : chez beaucoup, la sonde à demeure améliore les urines et l'état général et fait disparaître la température. »

Si nous cherchons à voir quelles sont *les opinions* de divers auteurs sur le sondage méthodique, voici ce que nous trouvons :

M. Guyon lui-même s'exprime ainsi sur le pronostic de ces malades.

«Vous serez dans la vérité, en signalant au médecin ou à l'entourage du malade tous les périls de la situation. »

Notre maître, M. Marion, dans ses leçons cliniques de l'Hôpital Lariboisière sur le traitement, dans un cas de rétention incomplète chronique avec distension disait.

« En ville, si vous êtes appelé à sonder ces malades, si la cystostomie que vous devez proposer d'abord vous est refusée, prévenez que l'opération du sondage est grave. »

M. le professeur Legueu dans son *Traité d'urologie*, dit :

« Ce traitement, hier classique, est très compliqué et pour le malade et pour le praticien qu'il solidarise l'un à l'autre pour une quinzaine de jours environ ; et enfin, et surtout il ne parvient pas à mettre les malades à l'abri de l'infection. »

Escat, dans l'article *Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies*, publié dans *l'Association française d'Urologie*, octobre 1904, s'exprime ainsi :

« Pour les rétentionistes incomplets chroniques avec distension, avec mauvais état général et lésions rénales doubles, conseillez le traitement préparatoire par la sonde. »

A propos de cathétérisme, il s'exprime ainsi (1) :

« Le cathétérisme a fait ses preuves, et n'est-ce pas d'ailleurs un argument en faveur de sa valeur thérapeutique, que de voir les partisans les plus convaincus de la prostatectomie préconiser son emploi comme moyen préparatoire dans les rétentions aiguës, dans les rétentions incomplètes chroniques avec distension et cachexie urinaire. »

Deux grands reproches sont à faire :

1° Les difficultés du cathétérisme ;

2° Les difficultés de réaliser l'asepsie, dans le but de la maintenir pendant la longue existence du malade.

Difficultés du cathétérisme exceptionnel. — Il faut

---

1. Escat, Association française d'urologie, 1904 (*Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies*).

les envisager pour les médecins et pour les malades.

Pour les médecins elles sont facilement résolues par changement de la sonde, par la substitution d'une sonde béquille, par une sonde à courbure Béniqué, par l'usage du mandrin, par l'application de la sonde à demeure.

Difficulté pour le malade. — Il faut donner des bons principes de cathétérisme aux malades, mais il arrivé qu'ils se font facilement de fausse route.

Difficulté de maintenir l'asepsie chez les prostatiques. — « L'infection est toujours fatale dans ce bouillon de culture idéale, continuellement ensemencé par la sonde. Si même, pendant quelques jours, l'asepsie idéale est réalisable, après ce court délai, le cathétérisme le plus propre détermine l'uréthrite et porte le germe dans la vessie. La désinfection de l'urètre n'est jamais complète et le traumatisme insignifiant du cathétérisme réveille l'inflammation.

Parfois ces prostatiques distendus sont infectés sans avoir été sondés. Bactériurie ou cystite, ces infections s'expliquent soit par le passage de microbes dans la circulation générale et leur arrêt dans la vessie, soit par les lésions locales de la distension qui modifie les défenses de la paroi et laissent passer les microbes de l'intestin.

Depuis les magistrales études cliniques et expérimentales de Guyon sur la distension urinaire, tous les côtés de cette forme clinique nous sont connus.

L'étude approfondie des symptômes, des lésions,

et de la physiologie pathologique nous permet de traiter avec sécurité ces grands malades.

Escat croit que le cathétérisme est très dangereux chez eux.

La méconnaissance des règles thérapeutiques nécessaires, l'oubli ou l'impossibilité de leur application peuvent avoir des conséquences très graves.

La défense de l'appareil urinaire et de l'organisme sont anihilées par la distension. L'infection trouve là un terrain tout prêt pour les plus graves localisations ou la diffusion foudroyante.

Les accidents graves qui peuvent se présenter à la suite du cathétérisme chez les grands distendus intoxiqués sont de deux ordres.

Hématurie et infection

L'hématurie est parfois déja produite chez les distendus avant de les sonder ; la simple distension suffit pour la produire. Mais le plus souvent elle se montre pendant ou après l'évacuation, c'est l'*hématurie ex-vacuo* et, malgré les évacuations partielles et méthodiques, elles ne peuvent être toujours évitées.

Mais, dans la majorité des cas, le traitement la maintient à un degré sans importance ou la fait disparaître ;

Mais parfois l'erreur a été commise, la vessie a été vidée complètement. Brusquement et dans les heures

qui suivent, la vessie se remplit de caillots. L'aspiration de ces caillots rétablit l'ordre, mais quelquefois l'hématurie est très grave et l'aspiration reste sans résultat. Dans ce saignement, l'hématurie n'est pas seulement d'origine vésicale, le rein participe aussi à l'hémorragie.

Dans ces grandes hématuries, les *malades succombent infectés ou anuriques*, la rétention des caillots dans le bassinet arrête la sécrétion urinaire.

Escat ajoute que le débouchage brusque de la vessie par l'ablation de la prostate n'entraîne pas l'hématurie *ex-vacuo*. « On ne saurait trop insister à notre avis, sur ce fait que c'est l'infection qui fait la gravité chez les grands distendus. *L'hématurie aseptique ex-vacuo* devient une hématurie septique secondaire.

Le cathétérisme chez les distendus en dehors de la grande *infection septicémique* qui emporte le malade en quelques jours, en dehors de *la pyélonéphrite aiguë*, peut provoquer des localisations très graves :

L'orchite suppurée ;

La prostatite aiguë ;

L'abcès de la prostate.

M. Escat rapporte, au Congrès d'urologie de 1904, le cas d'un distendu, mort un mois après les premiers sondages, des suites d'une *orchite diffuse suppurée* avec *phlébite du cordon*. Cette complication était due au cathétérisme très sale pratiqué par le malade.

En terminant, il conclut en disant : « Si on envi-

sage l'état général de ces malades et l'état insuffisant de leurs reins, le cathétérisme aseptique bien conduit, peut rendre des services ; mais, toujours, il faut prévenir l'entourage du malade de l'état grave. »

Raffin (Lyon), dans son article *Prostatectomie périnéale pour hypertrophie de la prostate*, publié dans *l'Association française d'urologie* de 1904 en traitant de la rétention incomplète avec distension dit : « Quand j'ai affaire à un distendu hypertrophique, avec mauvais état général, je le mets à l'évacuation lente et progressive, qui amènera le relèvement de son état général. »

Pour cela il soumet ces malades au cathétérisme régulier pendant trois mois avant de les opérer. Pourtant il dit : « Les conditions dans lesquelles ce traitement préalable peut être exécuté sans danger et utilement sont difficilement réalisables. »

Albarran dans l'article *Indications de la prostatectomie* publié dans *l'Association française d'urologie* de 1904, après avoir posé des indications opératoires dit : « Je n'insisterai pas sur la rétention d'urine avec distension de la vessie, je n'oserai pas opérer un malade dans ces conditions sans le sonder d'abord pendant quelque temps. »

» Le cathétérisme prudent, fait régulièrement par une personne compétente, me paraît beaucoup moins dangereux que l'opération d'emblée. En tout cas, le pronostic doit être toujours réservé. »

Michon, dans son article : *De la prostatectomie dans l'hypertrophie de la prostate*, publié dans *les*

Annales génito-urinaires, 1908, en parlant de la rétention incomplète avec distension, dit :

« Une forme grave est la rétention incomplète avec distension aseptique, elle permet au malade d'arriver sans s'en douter à une intoxication complète, lorsqu'on commence les sondages, si par malheur l'infection se surajoute des accidents formidables se déclarent.

Il considère le sondage, comme très dangereux et même comme contre-indiqué.

Desnos, dans *le Congrès d'Urologie*, 1909, s'exprime ainsi sur le traitement par le sondage chez un prostatique distendu (à propos de l'article d'Escat sur la *prostatectomie transvésicale d'urgence*) :

« Pour ma part, dit-il, je pratiquerai avec moins de crainte au domicile du malade une laparotomie qu'un premier cathétérisme chez un distendu infecté, et il conclut que le cathétérisme pratiqué avec des précautions, réussit à amener l'évacuation de la vessie, mais il faut toujours réserver son pronostic. »

Guiard (Paris) au même Congrès d'urologie, 1609, il dit : « En présence d'un distendu, je commence par le traitement moins dangereux, c'est-à-dire le cathétérisme évacuateur ; il procure les meilleurs résultats avec minimum de risques, pourvu qu'il soit exécuté conformément aux règles si bien tracées par le professeur Guyon et avec une antisepsie rigoureuse.

Marc Maurat, dans son article *Contribution à l'étude de la prostatectomie transvésicale; prosta-*

tectomie d'emblée et prostectatomie en deux temps, publié dans *les Annales génito-urinaires*, 1909 : s'exprime ainsi en ce qui concerne les prostatiques distendus :

« Les cathétérismes présentent un danger considérable chez les prostatiques atteints de rétention incomplète avec distension aseptique de la vessie.

» La vessie n'est pas seule atteinte par la distension : les uretères, le bassinet et reins eux-mêmes sont dilatés et en large communication avec la vessie. L'*infection* apportée par les sondages ne reste pas limitée à la vessie et atteint rapidement les voies urinaires supérieures.

Herring (*Practitcheski Vratch*, 8 nov. 1909), dans son article *Comparaison des avantages du cathétérisme et de la prostatectomie dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate*, parle, à propos du traitement de la rétention incomplète chronique avec distension. Il est partisan du sondage méthodique, tout en réservant son pronostic vis-à-vis de ces malades.

Heresco (Bucarest). Grâce à l'amabilité de son chef de clinique, M. le Dr Cealic, je puis savoir sa conduite vis-à-vis du rétentioniste distendu avec mauvais état général. Il les traite par le sondage méthodique, et il a eu des résultats assez satisfaisants.

Gœtzl (*Vratchebnaia Gazeta*, 1910, n° 46, *Sur l'hypertrophie de la prostate*). Dans le chapitre des indications de la prostatectomie, il s'exprime ainsi en ce qui concerne les distendus : « L'évacuation de

ces vessies distendues doit être pratiquée avec la plus extrême prudence, à l'aide de la *sonde à demeure* à travers laquelle l'urine est retirée par petite quantité toutes les demi-heures ou toutes les heures, ou bien à l'aide du cathétérisme répété, en évacuant 200-300 grammes chaque jour de manière que l'évacuation ne soit effectuée qu'au bout de deux à trois semaines.

Cependant il met comme contre-indications : un état général grave et l'insuffisance fonctionnelle des reins.

Mouchadzé (Tomsk, Sibérie) *Vratchebnaia Gazeta*, 7 août 1911. — *Deux cas de l'hypertrophie de la prostate traités par l'excision de la glande par la méthode Freyer.*

Obs. II. — Il s'agit d'un prostatique distendu, auquel il a fait pendant deux semaines des sondages méthodiques et lavage de vessie.

En terminant, il dit : « Il résulte clairement qu'à l'heure actuelle, étant donné l'état général mauvais de ces malades, on doit pratiquer des cathétérismes fréquents et pendant longtemps.

Nicolich (Trieste), *Annales des maladies génito-urinaires*, tome I, 1905, p. 667, dans son article intitulé *Sur le traitement des prostatiques en rétention incomplète chronique, aseptique avec dilatation de la vessie*, s'exprime ainsi sur l'emploi du sondage dans le traitement des distendus :

« Avec l'évacuation antiseptique et successive des petites quantités d'urine, on arrive parfois à vider la

vessie. Malheureusement ce bon résultat est très rare presque exceptionnel. Si les malades ne succombent pas les premiers jours après, le cathétérisme par suite de pyélo-néphrite aiguë, ils ne survivent pas longtemps. S'ils ont la chance de n'être pas infectés pendant l'évacuation lente des premiers jours du traitement, ils vont l'être plus tard, parce que leur vessie ne sera vidée qu'artificiellement, mon expérience personnelle m'avait tellement découragé que je n'osais plus proposer un traitement à ces prostatiques. »

Sur dix cas où l'intervention s'imposait, il eut cinq cas de mort rapide par pyélo-néphrite ; quatre succombent quelques mois après par suite d'infection. Une seule guérison.

Dans tous ces cas, Nicolich suivit les règles des évacuations successives et antiseptiques. Dans deux cas, une fois la vessie vidée, il pratiqua l'opération de Bottini. Ce fut un de ces derniers qui guérit après avoir aussi présenté tous les symptômes de l'infection urineuse.

Hugh. Hampton, Young (Baltimore), dans une communication faite au Congrès international d'Urologie tenu à Londres fin juillet 1911 (*Annales génito-urinaires* 1911 *: les Résultats de la prostatectomie*), dit qu'il aurait pu éviter beaucoup des cas de mort parmi ces opérés distendus s'il avait soumis d'abord ces malades au traitement préliminaire du sondage, car tous ces distendus ont été opérés d'emblée Walter, Griess (Cincinnati Ohio), *Hypertrophie sénile*

de la prostate. — Pathologie. — Symptômes et indications du traitement (American Journal of Dermatology and Genito urinary. Diseases, vol. XVI, n° 5, mai 1912, p. 249-256) en ce qui concerne le traitement dit : « Quand la vessie est chroniquement distendue, on doit tenter les moyens palliatifs pour relever l'état général, pour restaurer si possible le pouvoir contractile de la vessie, pour tenter la désinfection de l'arbre génito-urinaire. Régler la vie du malade, le soumettre au régime, sont les premières choses à faire. Il ne faut employer la sonde qu'à bon escient. »

En résumé, tous les auteurs préconisent le traitement par le sondage méthodique en cas de rétention incomplète chronique avec distension et tous sont d'accord en ce qui concerne le pronostic qui est toujours réservé.

Montrer le désavantage de cette méthode, c'est reprendre l'article de M. Escat qui a fort bien décrit les dangers et les difficultés du sondage.

En dehors des difficultés du cathétérisme et de l'impossibilité de réaliser l'asepsie chez ces malades, il faut compter avec les accidents graves qui peuvent survenir : l'*hématurie* et l'*infection*. Rien de plus impressionnant que cette statistique que nous donne la thèse de Jean, où, sur 8 malades traités par le sondage, tous sont morts au bout de huit à quinze jours.

La statistique de Nicolich où, sur 10 malades

soumis au traitement par le sondage, il n'eut qu'une seule guérison, tous les autres sont morts.

De deux autres malades que nous trouvons dans la thèse de Vrain, l'un immédiatement soumis au traitement par la sonde, vit son état général empirer et la température remontée à 39 degrés. Ce qui obligea M. Hartmann de l'opérer de suite ; l'opération n'empêcha d'ailleurs pas l'issue fatale (obs. XII). L'autre malade (obs. XIX) fut soumis aussi au sondage et immédiatement la température remonta à 38°8, l'état général devint plus mauvais, il fut opéré immédiatement ; plus heureux que le premier, il guérit au bout de deux mois.

Le traitement par la sonde a donné et donne toujours des résultats déplorables. Le malade sort de la rétention pour entrer dans l'infection, lorsqu'il n'est pas emporté de bonne heure par des accidents immédiats, le traitement donc est très dangereux ; il est en outre très difficile.

Traitement par la Prostatectomie d'urgence

Depuis quelques années, des chirurgiens ont pratiqué chez ces malades distendus la prostatectomie périnéale ou hypogastrique d'urgence, avant tout cathétérisme. Nicolich de Trieste s'est fait le défenseur de cette pratique que d'autres auteurs ont imitée. Dans son article, *Sur le traitement des prosta-*

latiques en rétention incomplète chronique aseptique avec dilatation de la vessie publié dans *les Annales des maladies génito-urinaires*, tome 1. p. 667. 1907. Après avoir montré les dangers du sondage, il expose sa statistique personnelle dans laquelle sur 10 cas traités par des évacuations successives et antiseptiques, il compte 9 cas de mort et une seule guérison.

Après cette triste expérience, il essaya une nouvelle méthode, la *prostatectomie transvésicale* faite *d'urgence* avant tout cathérisme.

Il rapporte 4 cas de prostatectomie d'emblée suivie de guérison.

Il publie son premier cas de guérison dans le numéro du 17 septembre 1904 des *Annales des maladies génito urinaires ;* le deuxième cas de guérison dans celui du 30 août 1904. Il s'agissait ici d'un prostatique distendu avec mauvais état général chez lequel Ravasini pratiqua la prostatectomie transvésicale d'urgence. La guérison fut complète au bout d'un mois.

Le troisième cas fut publié le 5 janvier 1905 ; le quatrième, le 24 janvier 1905.

Pauchet imita l'exemple de Nicolich et pratiqua d'urgence sur des rétentionnistes distendus, non pas la prostatectomie transvésicale, mais *la prostatectomie périnéale.*

Dans son article publié dans *les Annales des maladies génito-urinaires* (1904) *sur la Prostatectomie périnéale pour hyperthropie de la prostate*, il dit :

« Il faudra tenir compte de l'état général et local pour l'application d'urgence de la prostatectomie ; si le malade est fortement intoxiqué, déprimé, on s'abstiendra ; également s'il est porteur d'une prostate peu séduisante, c'est-à-dire petite ou enveloppée d'une gaine inflammatoire.

Si au contraire le sujet marche, s'il vient consulter pour de l'incontinence, pollakyurie ou des troubles digestifs, il faut opérer d'emblée ce malade et sans cathétérisme préalable. L'opération est plus bénigne à son avis que le cathétérisme ; le sondage dans ces conditions amène souvent une mort rapide par infection, il n'en est pas de même de la protatectomie périnéale. »

Pauchet publie les résultats suivants : sur 4 cas opérés par prostatectomie périnéale d'urgence, 4 guérisons, mais avec résidu après l'opération.

Obs. 16, résidu : 80 gr. après l'opération
Obs. 28 — : 70 gr. après l'opération
Obs. 41 — : 65 gr. après l'opération
Obs. 43 — : 50 gr. après l'opération

Nicolich croit que la supériorité des résultats obtenus par lui est due à celle de la voie transvésicale.

En 1908, Pauchet publie dans *les Archives provençales de Chirurgie* (décembre 1908) un article intitulé *la Prostatectomie sus-pubienne*. Dans le chapitre « indication de la prostatectomie en deux temps », il parle de la distension vésicale et dit que chez les distendus le sondage doit être fait par un chirurgien

soigneux. La prostatectomie n'est pas plus dangereuse que le cathétérisme. Dans ces conditions, Pauchet a pratiqué la prostatectomie de Freyer d'emblée, sans sondage préalable, quand le malade présentait une langue humide et des urines claires.

Par conséquent Pauchet, en 1908, a abandonné la prostatectomie périnéale d'emblée, pour le procédé de Freyer. Il ne publie pas les résultats obtenus par cette dernière méthode.

Dans *les Annales des maladies génito-urinaires* 1911 nous trouvons encore un autre article de Pauchet, écrit, à l'occasion du Congrès International d'Urologie tenu à Londres fin juillet 1911.

« *Résultats de 207 prostatectomies* ». — Dans cet article, Pauchet pose des indications thérapeutiques variables suivant les différentes formes de rétention.

En ce qui concerne la rétention chronique avec distension et urines claires, il déclare qu'il opère d'emblée ces malades sans les avoir sondé une seule fois, considérant le cathétérisme aussi grave que l'opération elle-même.

« Nous faisons donc bénéficier, dit-il, le malade d'un gain de temps considérable en l'opérant de suite. Tous les sujets, chez lesquels nous sommes intervenus dans ces conditions, ont guéri. Il note comme suite opératoire, chez les distendus opérés par prostatectomie périnéale, l'existence du résidu et conseille, dans ces conditions, le cathétérisme « qui n'est plus dangereux, dit-il, puisque la prostate n'existe plus. »

Escat (*Association française d'Urologie*, octobre 1904) publie un article intitulé : *Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies.*

Dans cette étude il passe en revue toutes les opinions émises par les opérateurs sur le traitement de l'hypertrophie prostatique à ses diverses phases.

En ce qui concerne la rétention incomplète chronique avec distension, il s'exprime ainsi :

« La défense de l'appareil urinaire et de l'organisme sont annihilés par la distension. L'infection trouve là un terrain tout prêt pour la plus grave localisation ou la diffusion foudroyante. »

Ainsi, Escat se demande si la prostatectomie d'emblée n'éviterait pas les risques des premiers cathétérismes.

Il rapporte les 3 observations de Pauchet où la prostatectomie périnéale fut pratiquée d'emblée chez des distendus et termine en disant : « En résumé, dans la physiologie pathologique des accidents chez les grands distendus, on ne relève pas des contre-indications absolues contre la prostatectomie, elle paraît même avantageuse. Elle mettrait d'emblée l'appareil urinaire à l'abri de l'infection et éviterait l'hémorragie *ex-vacuo*, si grave lorsqu'elle devient septique.

En 1909, à l'occasion du Congrès d'Urologie, il publie dans *les Annales des maladies des organes génito-urinaires* un article intitulé : *Prostatectomie transvésicale d'urgence*, où il rapporte les observations de trois malades en état de rétention, chronique

avec distension et où il fut obligé d'intervenir d'urgence, avec une technique différente chaque fois.

Chez le premier malade, distendu chronique depuis plusieurs mois, il a enlevé la prostate, suturé la vessie à l'urètre, mis une sonde à demeure et fermé la vessie.

Le résultat final fut excellent avec un résidu ; 35 à 40 grammes. Dans le deuxième cas, il a pratiqué la prostatectomie transvésicale d'urgence chez un vieillard en pleine hémorragie septique ; la guérison fut complète.

Le troisième cas, rétentioniste chronique, incontinent, dyspeptique, *succombe* le septième jour, malgré une opération courte, facile et presque exsangue ; Escat est partisan de la prostatectomie d'emblée qui évite les dangers du cathétérisme et guérit les malades.

Michon (*Annales génito-urinaires*, 1908), publie un article intitulé : *De la prostatectomie dans l'hypertrophie de la prostate.*

Dans son article, M. Michon développe différents points de la prostatectomie ; entre autres, celui-ci : dans quelle forme de rétention doit-on pratiquer la prostatectomie d'emblée ?

En parlant de la rétention incomplète avec distension l'auteur dit : que c'est une forme grave, qui amène le malade sans s'en douter à une intoxication complète

La prostatectomie d'emblée ne lui paraît pas plus dangereuse que le cathétérisme et, à moins d'une

intoxication trop marquée, c'est une de ses indications les plus précises.

A l'occasion de l'article présenté par Escat au Congrès d'Urologie de 1909; M. Michon rapporte trois cas de prostatectomie faite d'urgence sur trois malades en état de rétention incomplète avec distension. (*Annales des maladies génito-urinaires*, 1909).

Dans les deux premiers cas, il a pu opérer assez rapidement, avant que les accidents infectieux, suite de sondage ne se fussent déclarés. Chez le troisième malade, la prostatectomie avait été décidée, mais des raisons d'ordre matériel forcèrent à pratiquer les sondages temporairement. Au cours de ces deux jours d'attente une hémorragie *ex-vacuo* s'est produite, si intense que M. Michon n'osa pas faire la prostatectomie, il pratiqua une taille qui amena la cessation des symptômes hémorragiques.

En terminant M. Michon croit qu'il y a intérêt de faire la prostatectomie d'emblée chez les grands distendus aseptiques.

Hartmann (*Le traitement opératoire directe de l'hypertrophie prostatique. Bulletin et mémoire de la Société de Chirurgie de Paris*, 21 juin 1904, vol. XXX, p. 558) publie une série d'interventions faites sur les prostatiques, et termine en disant qu'il considère la prostatectomie d'emblée comme le traitement de choix dans la rétention incomplète chronique avec distension.

Ni la pyélo-néphrite, ni l'âge, ne sont des contre-indications.

Marc Maurat (*Annales génito-urinaires*, 1909, *Contribution à l'étude de la prostatectomie transvésicale, prostatectomie d'emblée et prostatectomie en deux temps*), conclut ainsi : « Le cathétérisme présente un danger considérable, c'est pourquoi la prostatectomie d'emblée sera préférée pour ces malades ; elle mettra les voies urinaires complètement au repos et diminuera ainsi les chances d'infection.

Jusqu'ici nous avons passé en revue les auteurs partisans de la prostatectomie d'urgence chez les grands distendus ; nous allons maintenant nous occuper de ceux qui se *sont montrés hostiles* à cette intervention.

Legueu (*Annales des maladies urinaires*, 1909, Congrès) se montre moins enthousiaste de la prostatectomie d'emblée dans les cas de grande distension vésicale ; il rapporte le fait d'une prostatectomie pratiquée chez un malade distendu depuis quelques mois, et dont la vessie remontait au-dessus du pubis.

Il pense devoir soustraire ce malade aux inconvénients d'un sondage impossible à maintenir aseptique et lui fit la prostatectomie sus-pubienne ; or le malade est mort assez rapidement par infection pyélonéphritique.

« Ce malade, dit-il, ne pouvant guérir par la prostatectomie, il serait peut-être aussi mort par le sondage.

» Quoi qu'il en soit, dit-il, cela m'a un peu refroidi

au sujet des indications de la prostatectomie chez le distendu. »

Raffin (*Travaux cliniques de chirurgie urinaire*, 1904), dans son article il discute les indications de la prostatectomie d'urgence et refuse de faire cette opération d'emblée chez les grands distendus dyseptiques avec langue sèche et inappétence ; il les traite plusieurs mois auparavant par le sondage, afin d'améliorer la vessie, les reins et l'état général.

Cet auteur rapporte un seul cas où il fit une prostatectomie d'urgence chez un distendu ; son malade succomba quelques jours après (*Association française d'Urologie*, 1904 ; article : *Prostatectomie périnéale pour hypertrophie de la prostate*).

André, de Nancy (*Annales des maladies génito-urinaires*, 1905) se refuse à opérer d'emblée par prostatectomie les grands distendus ; il est partisan de la préparation préalable de ces malades.

Albarran (*Association française d'Urologie*, 1904 ; *Indications de la prostatectomie*) dans son article, après avoir posé les indications opératoires, ajoute : « Je n'insisterai pas sur la rétention d'urine avec distension de la vessie, je n'oserai pas opérer un malade dans ces conditions sans le sonder d'abord pendant quelque temps. »

Pousson (*Association française d'Urologie*, 1904, relatif à l'article d'Escat sur la prostatectomie chez les rétentionnistes chroniques) se déclare opposé à la prostatectomie d'emblée chez des malades atteints

de rétention chronique avec miction par regorgement.

Il a opéré quatre fois des rétentions aiguës greffées sur une rétention incomplète chronique, or il a perdu un de ses malades d'accidents congestifs analogues à ceux qui se produisent chez les vieux rétentionnistes incontinents à la suite de l'évacuation trop rapide de la vessie.

En résumé la prostatectomie d'emblée semble aussi dangereuse que le cathétérisme. Nous n'avons qu'à relire la statistique de ceux qui ont été les promoteurs de cette méthode et nous verrons qu'elle n'est pas satisfaisante, sans compter les observations des auteurs que nous avons énumérées et qui ont rapporté des échecs complets à la suite de cette opération. Du reste, l'état général de ces malades est parfois si mauvais, leur faiblesse si grande, leurs reins si insuffisants, que les risques d'une opération comme la prostatectomie paraissent encore plus grands que ceux du cathétérisme.

Traitement par la cystostomie d'urgence

Notre maître, le Dr Marion, à la suite de la trop grande mortalité observée chez les grands distendus, traités par le sondage méthodique, essaya en 1912, de pratiquer systématiquement, chez ces malades, la cystostomie d'urgence, sans cathétérisme préalable. Or, les suites furent surprenantes.

Depuis cette époque, notre maître posa des indications précises, en ce qui concerne ces malades. Tout distendu, arrivant à la consultation du Service Civiale, doit être opéré d'urgence par cystostomie sous anesthésie locale à la cocaïne. Il est absolument défendu de faire toute exploration, ou cathétérisme, chez ces malades. Nous avons beaucoup insisté au début de ce travail sur la trop grande facilité avec laquelle ces malades s'infectent. Le moindre traumatisme uréthral peut avoir un retentissement dangereux, sur leur état général précaire auquel s'ajoute l'insuffisance rénale.

Nous apportons à l'appui de notre méthode une série d'observations tout à fait concluantes.

Voici, en résumé, comment se présentent les malades dans les cas que nous rapportons. Il s'agit toujours de vieillards de soixante-dix à quatre-vingts ans, qui viennent consulter les uns pour de l'incontinence diurne et nocturne, et une fréquence exagérée des mictions; les autres pour des troubles dyspeptiques. Anorexie, soif ardente, dégoût de la viande, langue sèche, rouge. Intolérance stomacale. Amaigrissement et pâleur de la face.

La vessie est fortement distendue, parfois remonte au-dessus de l'ombilic.

C'est en pleine intoxication urinaire que ces malades se présentent à nous, parfois il nous est arrivé des malades presque dans le coma (obs. II, obs. IX et XI), pour lesquels on était en droit de se demander quel serait le résultat de notre intervention.

Il existe dans nos observations des malades sondés par mégarde à leur entrée ; immédiatement la température montait à 38 et 39 degrés. L'intervention avait donc lieu dans des conditions tout à fait déplorables, car à l'élément intoxication s'était ajouté l'élément grave infection.

Suites opératoires. — Qu'elles ont été les suites opératoires chez ces malades ?

Le lendemain de l'opération, *le facies* si abattu de la veille, prend un autre aspect et semble renaître à la vie.

La température qui était élevée la veille (chez ceux qui ont été sondés par mégarde) tombe à 37 degrés où elle se maintiendra jusqu'au moment de la sortie du malade.

La langue rouge, sèche, et cet empâtement spécial de la bouche, disparaissent ; la langue devient *humide*, l'appétit revient peu à peu, et le malade demande à manger au bout de trois à quatre jours.

Urines. — Trois ou quatre jours après l'intervention apparaît une *polyurie* assez marquée. Chez nos malades, nous avons observé des quantités variant entre trois à six litres ; au bout de quelques jours, tout rentrait dans l'ordre, les urines sont légèrement sanglantes les premiers jours (3-4 jours), nous n'avons jamais observé de l'hémorragie *ex vacuo*.

Pourtant, M. Bonneau, à l'occasion du Congrès d'Urologie de 1913 (1), rapporte le cas d'un dis-

1. Association française d'Urologie (octobre 1913).

tendu, mort d'urémie aiguë par le mécanisme de la décompression brusque de l'arbre urinaire, à la suite d'une cystostomie pratiquée d'urgence, mais dans ce cas, il s'agit d'un malade qui avait été sondé pendant quelque temps, et par conséquent, opéré dans de très mauvaises conditions. Or, notre maître, M. Marion, insiste beaucoup sur le fait qu'il ne faut pas toucher, sous aucun prétexte, à ces malades avant de les cystostomiser.

Tous nos malades sont sortis au bout de vingt-cinq à quarante jours. Avec un état général amélioré, apte à subir l'intervention définitive, la prostatectomie s'il s'agissait des malades opérables, ou avec des fistules hypogastriques définitives, pour des cas de cancer de la prostate inopérables.

Sur douze observations que nous présentons, un seul cas de mort nous avons eu à signaler (obs. I), mais dans ce cas particulier, il s'agissait d'un diabétique, qui est mort subitement. Du côté de sa vessie tout allait bien.

En dehors de nos observations, nous avons trouvé dans *les Archives provinciales de chirurgie*, juin 1912, un article publié par M. Audry de Toulouse, où il apporte l'observation d'un malade distendu chez lequel il pratiqua la cystostomie d'urgence qui lui donna satisfaction complète, pour terminer ensuite par une prostatectomie périnéale.

Il dit dans son article :

« J'ai jugé utile de rapporter cette observation parce qu'elle sert à éclaircir les rapports qui pour-

ront exister entre la cystostomie et la prostatectomie, envisagés non pas comme deux temps d'une même intervention, mais comme deux opérations indépendantes l'une de l'autre. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hypertrophie prostatique. — Rétention incomplète chronique avec distension. — 1.000 centimètres cubes. — Sondages. — Cystotomie suspubienne chez distendu infecté diabétique en plus. — Mort.

C. O..., âgé de soixante et un ans, de profession employé, rentre à l'hôpital Lariboisière, service Civiale, le 1er mai 1912 pour phénomènes d'incontinence d'urine.

Antécédents personnels. — Dans ses antécédents personnels nous trouvons une blennorragie à l'âge de vingt-cinq ans, douleurs articulaires depuis vingt-cinq ans.

Un phlegmon du pouce gauche, il y a une dizaine d'années.

Il a de l'albumine depuis vingt ans, et diabétique depuis dix ans, il a eu jusqu'à 285 grammes de sucre dans les urines.

Antécédents héréditaires. — Quant à ses antécédents héréditaires nous ne trouvons rien d'intéressant.

Histoire de la maladie. — Les troubles de la miction paraissent remonter à une vingtaine d'années.

Depuis vingt ans, le malade a commencé à avoir un peu de fréquence de mictions.

Trois fois le jour.

Deux fois la nuit.

Il y a dix mois, alors que le malade était au régime lacté pour le diabète il s'aperçut un matin que pendant la nuit il avait uriné dans ses draps sans s'en apercevoir, depuis ce temps-là le malade a eu de plus en plus d'incontinence.

En même temps que l'incontinence, il s'aperçut qu'il urinait plus fréquemment.

Cinq-six fois le jour.

Six-sept fois la nuit.

Dans le jour, lorsque le malade s'endormait, il perdait quelquefois ses urines. mais à l'état de veille lorsque l'envie d'uriner le prenait il se voyait forcé d'uriner immédiatement.

Depuis huit-dix jours, le malade était sondé à l'hôpital Broussais, deux fois par jour, et ces jours derniers on a voulu lui mettre une sonde à demeure, mais le malade n'a pas pu la supporter que six heures, à cause des douleurs de vessie qu'elle occasionnait.

Actuellement, le jour d'entrée à l'hôpital (*le 1er mai*) du malade, il perd très peu d'urines depuis que le malade a été sondé. C'est toujours pendant le sommeil qu'il présente son incontinence. Il a été sondé trois fois dans la journée, il a eu malgré cela plusieurs fois envie d'uriner et il a émis à chaque fois très peu de quantité.

Dans la nuit il a été sondé une fois et ne s'est pas relevé pour uriner.

3 mai. — Le malade est sondé de nouveau — comme à l'habitude et non complètement pourtant il a uriné du sang.

Examen physique. — Les *reins* non sensibles et non palpables.

Uretères. — Il n'existe pas des points douloureux urétéraux.

Vessie. — La vessie est augmentée de volume, elle est à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic, facilement décelable par la palpation et la percussion.

On retire de la vessie environ 1.000 centimètres cubes d'urines légèrement louches, on remet dans sa vessie 150 centimètres cubes de liquide, la contractilité vésicale est diminuée.

Urètre. — L'urètre est libre une sonde béquille n° 19 passe facilement.

Le malade présente un phymosis.

Prostate. — Par le toucher rectal on trouve une prostate augmentée de volume dans sa totalité, grosse une mandarine, lisse, bien limitée.

Urines. — Les urines louches (légèrement) contenant traces d'albumine et 5 gr. 45 de sucre par litre.

État général. — Quant à son état général, il est excessivement mauvais ; on constate un facies pâle, défait, amaigrissement, en plus des troubles digestifs excessivement marqués, consistant dans une anorexie marquée, sécheresse de langue, soif ardente, dégoût de la viande, intolérance stomacale, langue sèche, rôtie.

Température. — 37 degrés, elle reste stationnaire jusqu'au 8 mai, lorsque *le 9 mai* le malade fit une ascension brusque de température, 38°3, avec abattement complet.

10 mai. — La température marque 38 degrés.

Même état général mauvais.

10 mai. — La température est de 38°2, l'état d'abattement du malade est assez marqué.

11 mai. — On pratiqua la *cystostomie* sous anesthésie locale à la cocaïne. A l'incision la paroi est très épaisse.

Suites opératoires.— Température : le matin de l'opération marquait 38°7, le soir elle tomba à 37°2.

12 mai. — Elle était à 38 degrés.

13 mai. — Elle tomba à 37 degrés et resta jusqu'au 31 mai.

État général. — Le lendemain de l'opération le facies du malade est changé, il n'est plus abattu, un certaine gaieté vient se marquer sur sa figure la pâleur persista assez longtemps.

Quant aux troubles digestifs, une amélioration sensible vient se produire, il commence à s'alimenter, la langue commence à devenir humide, en somme une amélioration sensible dans son état général.

Urines. — Les urines sont émises en très grandes quantités six litres pendant les deux premiers jours après l'opération, urines légèrement sanguinolentes, puis les jours suivants, la quantité d'urine commence à diminuer, et reste deux à trois litres par jour, avec urines légèrement louches.

Tout allait bien du côté de la vessie quand le 31 mai le malade fit une brusque ascension de température, 38 degrés, et le 8 juin il est mort par suite de son diabète.

Diagnostic. — *En somme*, il s'agit d'un malade atteint d'hypertrophie prostatique à la période de rétention incomplète chronique avec distension, qui a été soumis aux sondages pendant quelque temps, et dont la température s'est immédiatement remontée ; la cystostomie pratiquée ensuite amènera une amélioration sensible, mais dans ce cas particulier le malade était en plus *diabétique.*

OBSERVATION II

Hypertrophie de la prostate. — Rétention incomplète, chronique avec distension. — Pas de sondage. — Cystostomie d'urgence. — Guérison.

F... Pierre, âgé de soixante-cinq ans, de profession bijoutier, rentre à l'hôpital Lariboisière le 21 avril 1913 pour des phénomènes d'incontinence d'urine.

Antécédents personnels. — Nous ne trouvons rien d'intéressant au point de vue antécédents personnels et héréditaires.

Histoire de la maladie. — Les troubles de la miction paraissent remonter à quatre ans.

A cette époque, le malade a senti que les besoins d'uriner sont devenus plus fréquents, trois à quatre fois le jour et deux fois la nuit.

Il y a à peu près six mois, que le malade s'est aperçu, un matin, que pendant la nuit il avait uriné dans ses draps, sans s'en apercevoir.

Depuis, le malade a eu de plus en plus d'incontinence.

En même temps que cette incontinence, il s'aperçut qu'il urinait plus fréquemment, cinq à six fois le jour et six à sept fois la nuit.

Dans le jour, lorsque le malade s'endormait, il perdait quelquefois ses urines. Mais à l'état de veille, quand l'envie d'uriner le prenait, il se voyait forcé d'uriner immédiatement.

Actuellement le malade urine très fréquemment, douze à treize fois le jour, sept à huit fois la nuit. Mais les envies

sont tellement fréquentes qu'il est obligé de garder son urinal constamment. Les mictions sont difficiles ; il est obligé de faire de très grands efforts pour émettre quelques gouttes d'urine.

Les urines sont claires.

État général. — L'état général du malade est assez mauvais, le facies pâle, traits tirés, troubles digestifs assez marqués, anorexie.

Intolérance stomacale, dégoût pour toute alimentation, soif vive.

La langue est sèche, rôtie.

C'est dans cet état d'intoxication urinaire que le malade rentre le 21 avril 1913 dans le service des voies urinaires.

Examen physique. — Le ventre du malade est ballonné.

Vessie. — La palpation nous montre une vessie augmentée de volume, distendue, remontant jusqu'à l'ombilic.

La percussion, montre la zone de matité correspondant à la vessie.

Rein. — L'examen de la région rénale est douloureux sans pouvoir permettre de sentir le rein.

Uretères. — Il n'existe pas de points urétéraux douloureux.

Prostate. — Par le toucher rectal, on trouve une prostate grosse, comme une mandarine, de consistance normale, bien limitée.

Urètre. — On ne fait pas d'exploration vésicale.

Urines. — Les urines rendues par le malade sont claires.

Température : la température est normale, 36°9.

Pouls : normal, 70.

Diagnostic. — Il s'agit donc d'une hypertrophie de la

prostate à la phase de rétention incomplète, chronique, avec distension, avec un état général très mauvais, et qui n'a jamais été sondé.

Opération. — Vu son état général assez grave, on pratique d'urgence, le 15 avril 1913, la cystostomie sous anesthésie locale à la cocaïne.

Les suites opératoires furent assez satisfaisantes.

Le lendemain de l'opération, l'état anxieux et abattu du malade disparut.

La pâleur de la face continua à persister encore quelques jours.

Les troubles digestifs si marqués du début diminuèrent.

L'appétit commence à apparaître.

La langue sèche et rôtie devint humide ; *les urines*, pendant les premiers jours (trois jours), furent assez abondantes, (4 lit. 1/2) légèrement sanglantes, puis diminuèrent de quantité deviennent légèrement louches. Vers la fin du mois de mai, elles sont devenues claires.

Au bout de vingt jours le malade a complètement repris des forces, il mange avec appétit, son facies est complètement changé, sa langue est humide.

C'est dans cet état de santé améliorée que le malade quitte l'hôpital le 2 juin 1913, avec une fistule hypogastrique, dont on bénéficiera plus tard pour la prostatectomie définitive.

OBSERVATION III

Hypertrophie de la prostate. — Rétention incomplète chronique avec distension. — Pas de sondage. — Cystostomie d'urgence. — Guérison. — Prostatectomie refusée.

S... Georges, âgé de soixante-treize ans, profession journaliste, entre à l'hôpital Lariboisière le 16 mai 1913 pour phénomènes d'incontinence d'urine.

Antécédents personnels. — Dans ses antécédents personnels nous trouvons une tare alcoolique, mais ne présente pas de passé urinaire.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter au point de vue antécédents héréditaires.

Histoire de la maladie. — Les troubles de la miction paraissent remonter il y a à peu près six mois ; le malade raconte avoir eu par période de cinq à six jours de la pollakyurie ; pendant ces périodes il urinait fréquemment, mais très peu à la fois, puis redevenait de nouveau normal.

Depuis trois semaines le malade constate qu'il a une certaine gêne à la miction, le lundi de la Toussaint il constate qu'il est obligéde faire de grands efforts pour uriner quelques gouttes, pourtant à tous ces phénomènes il n'attache pas grande importance quand, il y a quinze jours, le malade est pris d'envies fréquentes d'uriner, sans pouvoir émettre que quelques gouttes au prix des grands efforts qu'il fait, et la nuit il observe que ses draps étaient mouillés sans qu'il s'aperçoive qu'il urine.

Il entre le 16 mai 1913 à l'hôpital Lariboisière pour phénomènes d'incontinence, et le 17 mai il est passé dans le service des voies urinaires.

Actuellement le malade présente des envies fréquentes d'uriner, à chaque instant, mais c'est au prix de grands efforts qu'il peut émettre quelques gouttes ; en plus, il perd ses urines pendant la nuit.

Le malade n'a pas été sondé.

État général.— Quant à son état général, il est excessivement mauvais, presque comateux ; facies pâle ; langue sèche rôtie, une soif très vive; en plus, des troubles digestifs marqués ; anorexie ; dégoût de la viande.

Examen physique. — L'abdomen est volumineux, la vessie dépasse l'ombilic de deux travers de doigt.

Vessie. — Elle présente de la matité à la percussion ; elle est très tendue et douloureuse à la palpation; les reins sont impalpables, vu l'état de distension de l'abdomen, où toute exploration est impossible.

Prostate. — Le toucher rectal fait sentir une prostate grosse comme une mandarine, lisse, rénitente, régulière, bien limitée ; prolongement à gauche.

Urines. — Les urines, celles que le malade émet, car on ne doit pas sonder le malade, sont légèrement louches.

La température, le jour du passage dans le service, est de 37°7.

Pouls : 100.

C'est en pleine intoxication urinaire que le malade est passé dans le service des voies urinaires.

Vu son état général assez grave, on pratique la *cystostomie* d'urgence, sous anesthésie locale à la cocaïne, *le 20 mai 1913.*

Suites opératoires. — Le lendemain de l'opération, le facies du malade changea complètement; de l'état presque coma-

teux dans lequel il se trouvait au moment de l'intervention, la langue commence à devenir humides au bout de deux jours ; elle n'est plus rouge ni sèche ; l'appétit commence à apparaître, et cet état d'amélioration dura jusqu'à la sortie de l'hôpital.

Urines. — Les urines, les trois premiers jours après l'opération, sont assez abondantes : 5 litres par jour. Urines légèrement sanglantes, puis la quantité diminue et tombe à 2 lit. 1/2, avec urines légèrement troubles.

La température, qui était légèrement élevée au moment de l'intervention, 37°7, tombe les jours suivants à 37 degrés et reste stationnaire jusqu'à la sortie de l'hôpital.

C'est dans un état de santé beaucoup amélioré que le malade demande à quitter l'hôpital, car il déclare ne pas vouloir se faire une prostatectomie.

Le *tube coudé vésical* est retiré le 12 juin. On met *une sonde à demeure urétrale* et elle est retirée le *16 juin*.

Le 23 juin, le malade sort de l'hôpital avec un bon état général, avec une plaie vésicale fermée, et avec la prescription de se sonder journellement.

Diagnostic. — Il s'agissait d'une hypertrophie prostatique à la période de rétention incomplète chronique avec distension, qui n'a jamais été sondé et dont la cystostomie pratiquée d'urgence améliora immédiatement et sensiblement l'état grave du malade.

OBSERVATION IV

Hypertrophie de la prostate. — Rétention incomplète chronique avec distension. — Pas de sondage. — Cystostomie d'urgence. — Guérison.

R... Jean-Baptiste, âgé de soixante-douze ans, de profession employé, rentre à l'hôpital Lariboisière le 20 juin 1913 pour des phénomènes d'incontinence d'urine.

Antécédents personnels. — Dans ses antécédents personnels nous trouvons 2 blennorragies pendant la jeunesse, aucun autre passé urinaire.

Histoire de la maladie. — Les troubles de la miction paraissent remonter à deux ans. A ce moment, le malade a commencé à noter qu'il urinait plus fréquemment : cinq six fois le jour, deux trois fois la nuit, les urines étaient claires, et les mictions n'étaient pas douloureuses.

A ces troubles urinaires, viennent s'ajouter des troubles digestifs assez marqués, le malade perdant complètement son appétit, en plus il commence à maigrir.

Depuis trois mois les troubles urinaires se sont fortement accentués, la pollakyurie est augmentée. Au lieu d'uriner cinq, six fois le jour et deux trois fois la nuit, le malade urine une dizaine de fois le jour et sept huit fois la nuit. Les mictions sont fortement pénibles, et c'est au prix des plus grands efforts que le malade émet quelques gouttes d'urine.

Actuellement, il urine très fréquemment, toutes les vingt minutes le jour, et la nuit il perd ses urines sans s'en apercevoir, ce qui oblige le malade de garder constamment

l'urinal, les mictions sont douloureuses et très difficiles, les urines émises sont légèrement troubles.

État général. — Assez mauvais, le malade est complètement épuisé, facies pâle.

Amaigrissement, des troubles digestifs assez marqués. Anorexie, intolérance stomacale, soif ardente.

La langue est sèche, rôtie.

C'est dans cet état d'intoxication urinaire que le malade rentre à l'hôpital le 20 juin 1911.

Examen physique. — Le ventre du malade est ballonné, la vessie augmentée de volume remontant jusqu'à l'ombilic.

La palpation montre une vessie distendue douloureuse.

La percussion, une matité, correspondant au volume énorme de la vessie.

Reins. — La palpation de la région lombo-abdominale est douloureuse, mais on ne parvient pas à sentir les reins.

Uretères. — Il n'existe pas de points urétéraux douloureux.

Prostate. — Le toucher rectal montre une prostate moyenne, bien limitée, de consistance normale, bombant dans le rectum.

Pas de température.

Urètre. — On ne fait aucune exploration.

Urines. — Les urines émises par le malade sont légèrementlouches.

Diagnostic. — Il s'agit d'une hypertrophie de la prostate dans la phase de rétention incomplète chronique avec distension.

Le malade n'a jamais été sondé, mais vu l'état général

assez mauvais, on lui pratiqua la cystostomie d'urgence, sous anesthésie locale à la cocaïne.

Suites opératoires. — Furent assez satisfaisantes.

Le lendemain de l'opération une amélioration sensible dans l'état général du malade, le facies n'est plus abattu, la pâleur persista pendant une huitaine de jours.

Les troubles digestifs déjà si marqués dès le début commencent à disparaître, l'appétit revient, et au bout de cinq jours le malade reprend son repas avec plaisir, et au bout de quinze jours le malade se nourrit convenablement, la langue sèche et rôtie change et devient humide.

Urines. — Les urines émises les quatre premiers jours sont sanglantes, et en assez grande quantité 5 à 6 litres.

Puis la quantité diminua de plus en plus, pour retomber au bout de huit jours à 2 litres,, avec urines légèrement troubles.

Cet état d'amélioration, sans température, continua à progresser, et au bout de vingt jours le malade était complètement rétabli, il mange avec appétit, son facies est complètement changé, la langue est devenue normale.

C'est dans cet état de santé amélioré que le malade quitte l'hôpital le 1er septembre 1913 avec une fistule hypogastrique dont on bénéficiera plus tard pour pratiquer la prostatectomie sus-pubienne définitive.

OBSERVATION V

Hypertrophie de la prostate. — Rétention incomplète chronique avec distension. — Sondages. — Cystostomie d'urgence. — Guérison. — Prostatectomie. — Guérison.

L... François, âgé de soixante-cinq ans, de profession horloger, rentre à l'hôpital Lariboisière le 6 août 1913 parce qu'il ne peut uriner que fort difficilement.

Antécédents personnels. — Dans ses antécécents personnels nous trouvons deux blennorragies pendant sa jeunesse, pas d'autres antécédents.

Antécédents héréditaires. — Quant à ses antécédents héréditaires, rien d'intéressant.

Histoire de la maladie. — Les troubles de la miction paraissent remonter à trois mois, et voici l'histoire telle que le malade nous la raconte :

Depuis trois mois, le malade avait de l'incontinence légère diurne et nocturne, il était obligé d'envelopper sa verge dans l'ouate.

Le malade constata qu'il avait le jet très faible au moment des mictions, mais il affirme qu'il en a été toujours ainsi depuis sa jeunesse et qu'il a éprouvé toute sa vie une certaine difficulté à uriner.

Le malade se faisait sonder depuis trois mois, quand il y a six jours, après le sondage, il a eu une crise d'hématurie terminale assez abondante provoquée par la sonde.

Actuellement, le malade présente de la pollakyurie diurne et nocturne, envie d'uriner toutes les vingt minutes, mictions

excessivement difficiles, accompagnées des phénomènes de cystite, brûlure intense.

État général. — L'état général du malade n'est pas brillant, il a maigri depuis trois mois, l'appétit est complètement disparu, un dégoût des aliments très marqué, en plus un soif ardente.

La langue est sèche et rouge.

Examen physique. — *Vessie.* — Le malade a la vessie distendue et elle remonte jusqu'à l'ombilic.

Très tendue et douloureuse à la palpation, matité correspondant à l'augmentation du volume de la vessie.

La capacité est 1.200 centimètres cubes. Son résidu à peu près 950 centimètres cubes.

Urines. — Les urines sont troubles et pâles.

Reins. — L'examen des reins ne donne rien, une légère douleur accusée par le malade au moment de la palpation de la région lombaire.

Uretères. — Pas de points urétéraux douloureux.

Prostate. — Le toucher rectal montre une prostate augmentée de volume, ferme, nettement limitée.

Urètre. — L'examen explorateur de l'urètre montre un léger retrécissement, on y passe du 18 béniqué.

Testicules. — Le malade a eu un hydrocèle volumineux il y a trois ans au testicule gauche, il a été ponctionné et depuis il n'en a plus souffert. Mais actuellement on constate que du côté gauche le testicule est volumineux, sans phénomènes douloureux.

Diagnostic. — Il s'agit donc d'un malade en état d'hypertrophie prostatique, dans la phase de rétention incomplète chronique avec distension. Il a été sondé depuis trois mois,

et déjà depuis quelques jours avant son entrée à l'hôpital il s'est senti plus fièvreux et plus abattu.

Température. — En effet, le jour de son *entrée le 6 août, la température* marquait 38°1, et oscilla aux environs de 37°7, 37°8 jusqu'au jour de l'intervention qui fut pratiquée le 8 août 1913.

Opération. — La cystostomie d'urgence, faite par M. Heitz-Boyer, sous anesthésie locale à la cocaïne, amena un changement complet à son état général et à la température.

Suites opératoires. — En effet le facies du malade est changé, il n'est plus abattu, la langue devient humide et les troubles digestifs que le malade accusait commencent à disparaître, l'appétit revient et le malade s'alimente convenablement au bout d'une semaine, *la température* tombe le lendemain à 36°9 et reste stationnaire jusqu'à sa convalescence.

Les urines sont émises en grande quantité les trois premiers jours, 4 et 5 litres par jour, légèrement sanguinolentes, puis elles diminuent de quantité, et tombent à 2 litres, gardant une teinte louche.

Au bout de quinze jours, le malade a complètement repris ses forces. Sa langue est humide et dans un état de santé amélioré qu'il subit le *2 septembre 1913* la

Prostatectomie. — Sa dernière opération : la prostatectomie sus-pubienne (M. Keitz-Boyer).

Il sort complètement guéri le 30 septembre 1913.

OBSERVATION VI

Hypertrophie de la prostate. — Rétention incomplète chronique distension (1.000 cmc.). — Sondage par mégarde. — Cystotomie d'urgence. — Guérison. — Prostatectomie tardive. — Guérison.

Mathias B..., âgé de soixante-cinq ans, de profession mécanicien, rentre à l'hôpital Lariboisière, service Civiale, le 7 octobre 1913 pour phénomènes d'incontinence d'urine.

Antécédents personnels. — Dans ses antécédents personnels, nous ne trouvons rien d'intéressant : il n'a jamais eu de blennorragies ni d'autres maladies vénériennes.

Antécédents héréditaires. — Quant à ses antécédents héréditaires pas plus d'intérêt, le père est mort de vieillesse, la mère morte subitement vers l'âge de soixante-quatre ans.

Histoire de la maladie. — Les troubles de la miction paraissent remonter à quatre ans et voici l'histoire que le malade nous raconte.

Il y a quatre ans, il est tombé sur une échelle, en conséquence de quoi il eut une forte contusion dans la région scrotale.

Quelque temps après, il a senti que les besoins d'uriner sont devenus plus fréquents et les mictions s'accompagnaient d'une légère sensation de brûlure dans le canal.

Ces troubles s'accusèrent de plus en plus et le malade éprouva, il y a six mois environ, des difficultés d'uriner.

Bientôt cette difficulté, qui ne permettait au malade qu'au

prix de grands efforts pour uriner, s'est transformée en une incontinence seulement pendant la nuit.

Vers le mois d'août dernier, le malade a eu, pendant une quinzaine de jours, plusieurs hématuries, ses urines étaient rouge foncé et contenaient des caillots sanguins.

C'est donc dans l'état que nous venons de décrire que le malade se présenta à notre examen, c'est-à-dire qu'il peut uriner pendant la journée, après quelques minutes de grands efforts, mais il est obligé de se garnir, ou rester au lit constamment avec un urinal car il perd ses urines le jour comme la nuit, en éprouvant une intense sensation de brûlure lors du passage de l'urine le long de l'urètre.

Le malade a été sondé plusieurs fois en ville.

État général. — Quant à son état général, il est excessivement mauvais ; on constate de l'amaigrissement, pâleur des traits, facies défait.

En plus, des troubles digestifs très marqués, consistant dans une anorexie intense, sécheresse de la langue, soif ardente, dégoût de la viande, intolérance stomacale ;

La langue rouge, rôtie, très sèche ;

Un peu de dyspnée.

C'est en pleine intoxication que le malade se présente à l'hôpital.

Examen physique. — *Urètre.* — Urètre libre, l'explorateur à boule n° 21 franchit sans rencontrer d'obstacle.

Vessie. — La vessie remonte à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic ; elle est facilement palpable, et permet de constater son augmentation de volume.

La percussion permet d'affirmer ce que la palpation nous faisait sentir.

Capacité. — Sa capacité est de 1.200 centimètres cubes et contenant un résidu de 1 litre environ.

Contractilité. — Quant à sa contractilité, elle est normale.

Urines. — Les urines sont troubles et pâles.

Reins. — Les reins sont douloureux à la palpation, mais on ne les sent pas.

Uretères. — Il n'existe pas de points uréteraux douloureux.

Prostate. — Le toucher rectal nous fait sentir une prostate pas très volumineuse, de consistance normale bien limitée et lisse.

Diagnostic. — Il s'agit donc d'un malade en état d'hypertrophie prostatique dans la phase de rétention incomplète chronique avec distension.

Il a été sondé par mégarde, le jour de son entrée, du fait la température s'est immédiatement relevée, elle marquait 38 degrés (le 7 octobre 1913).

Le pouls 70.

La température resta aux environs de 37°6, 37°8, jusqu'au jour de l'intervention, qui fut pratiquée le 14 octobre 1913.

Opération. — Cystostomie. Sous anesthésie locale à la cocaïne.

Suites opératoires. — Ce qui nous frappa d'abord ce fut l'amélioration de son état général.

État général. — Le lendemain de l'opération le facies du malade changea complètement, de l'état triste et abattu où il était plongé, une gaieté vient se dépeindre sur sa figure. La pâleur resta encore marquée pourtant pendant quelque temps. La langue commença à devenir humide.

Troubles digestifs. — Les troubles digestifs si marqués

au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, commencent à s'améliorer, pour disparaître complètement le jour de sortie de l'hôpital.

Température. — La température tomba à 36°9 et s'est maintenue tout le long de sa convalescence.

Urines. — Les urines ont été émises en très grande quantité.

15 octobre, environ	7 litres.	Urines sanglantes légèrement.
16 —	5 —	—
17 —	4 —	Urines légèrement troubles.
18 —	4 —	—
19 octobre	4 litres.	Urines légèrement troubles.
20 —	4 —	—
21 —	4 —	—
22 —	3 —	—

Les urines restèrent troubles jusqu'au mois de décembre, quand elles commencent à s'éclaircir.

Le malade commence au bout de quinze jours à reprendre ses forces, il mange avec appétit. Son facies est complètement changé. Sa langue est humide, plus de soif.

C'est dans cet état excellent de santé qu'il quitte l'hôpital le 10 décembre 1913, avec une fistule hypogastrique, dont on bénéficiera plus tard pour la prostatectomie définitive.

Prostatectomie. — Le malade revient dans le service, le 22 janvier 1914, avec un état général excellent qui n'a jamais cessé, depuis sa sortie de l'hôpital.

31 janvier. — On lui pratiqua la prostatectomie sus-pubienne, et il sort complètement guéri le 21 février 1914.

OBSERVATION VII

Hypertrophie de la prostate. — Rétention incomplète chronique avec distension. — Un seul sondage. — Cystostomie. — Guérison.

K... Antoine, âgé de soixante-cinq ans, de profession commis à l'assistance publique, rentre à l'hôpital Lariboisière, le 6 novembre 1913, pour phénomènes de pollakyurie diurne et nocturne accompagnés de symptômes de cystite.

Antécédents personnels. — Dans ces antécédents personnels nous trouvons deux blennorragies pendant la jeunesse, dont la dernière a duré pendant deux ans.

Rien d'intéressant au point de vue antécédents héréditaires.

Histoire de la maladie. — Les troubles de la miction paraissent remonter à cinq ans, pourtant le malade ne peut pas préciser le début de sa maladie.

Il y a quatre à cinq ans qu'il a commencé à noter qu'il urinait plus fréquemment, cinq à six fois le jour, deux à trois fois la nuit. Les urines, à ce moment, étaient claires et il ne souffrait pas au moment de la miction.

Tous ces symptômes ont duré pendant deux ans, mais toujours s'accentuant de plus en plus. A ce moment des troubles digestifs accompagnaient les troubles urinaires, amaigrissement, inappétence, intolérance stomacale.

Depuis six mois les troubles urinaires se sont accentués, la pollakyurie est augmentée. Au lieu d'uriner cinq à six fois le jour et deux à trois fois la nuit, le malade urine une dizaine de fois dans le jour et cinq à six fois dans la nuit, en même

temps il souffre dans le bas-ventre après avoir uriné. Il urine très difficilement et se trouve obligé de faire de grands efforts pour émettre quelques gouttes.

Actuellement il urine dix à douze fois dans le jour et sept à huit fois dans la nuit, obligé de garder constamment l'urinal à cause des envies fréquente d'uriner, les mictions sont douloureuses et difficiles, et le malade est obligé de faire des grands efforts pour uriner quelques gouttes.

État général. — Mauvais. Le malade a observé depuis longtemps déjà, au début de sa maladie, des troubles digestifs consistant en anorexie, amaigrissement, intolérance stomacale, soif ardente.

Le facies du malade est pâle, triste ; la langue sèche, rôtie.

Examen physique. — Le ventre est ballonné, la vessie augmentée de volume remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Vessie. — La palpation montre une vessie distendue et douloureuse.

La percussion, une matité correspondant au volume de la vessie.

Capacité. — Sa capacité était de 950 grammes, avec un résidu de 400 grammes, la contractilité est diminuée.

Reins. — La palpation de la région lombo-abdominale ne permet pas de sentir les reins et elle n'est pas douloureuse.

Uretères. — Il n'existe pas de points douloureux urétéraux.

Prostate. — Le toucher rectal montre une prostate moyenne, bien limitée, de consistance normale, bombant dans le rectum

Urètre. — Libre dans toute sa longueur, du reste M. Marion pratiqua une cystoscopie qui montra une vessie à

colonnes et quelques cellules, le col était légèrement déformé. Un peu de cystite disséminée.

Diagnostic. — Il s'agit donc d'une hypertrophie de la prostate, dans la phase de rétention incomplète chronique avec distension.

Vu l'état général assez mauvais, on lui pratiqua comme d'habitude *la cystostomie* sus-pubienne.

Opération. — La cystostomie sous anesthésie locale à la cocaïne fut pratiquée *le 18 novembre.*

Les suites opératoires furent assez satisfaisantes.

Le lendemain de l'opération, une amélioration notable se produit dans l'état général du malade.

Le facies n'est plus attristé. la pâleur commence à disparaître au bout de huit jours. L'appétit, si diminué, commence à apparaître et. au bout de dix jours, la malade se nourrit convenablement. La langue sèche, rôtie, du début, change et devient humide. mais assez tardivement.

Urines. — Les urines émises des trois premiers jours sont légèrement sanglantes et en assez grande quantité, 5 litres.

Les jours suivants elles ont diminué de quantité, 3 litres, et étaient légèrement troubles.

Au bout de vingt jours le malade a repris toutes ses forces, il mange avec appétit. Son facies est complètement changé, la langue est devenue normale.

C'est dans cet état de santé amélioré que le malade quitte l'hôpital le 2 février 1914 avec une fistule hypogastrique, dont on bénéficiera plus tard pour faire la prostatectomie définitive.

OBSERVATION VIII

Hypertrophie de la prostate. — Rétention incomplète chronique avec distension. — Pas de sondage. —Cystostomie d'urgence. — Guérison.

L... François, âgé de soixante-dix ans, profession concierge, entre à l'hôpital Lariboisière le 17 novembre 1913 pour des phénomènes d'incontinence d'urine.

Antécédents personnels. — Dans ses antécédents personnels nous trouvons plusieurs blennorragies dans sa jeunesse. Rien à noter au point de vue antécédents héréditaires.

Histoire de la maladie. — Les troubles de la miction paraissent remonter à trois ans.

A ce moment le malade a noté qu'il urinait plus fréquemment, cinq ou six fois le jour, trois ou quatre fois la nuit; les urines étaient claires les mictions faciles et non douloureuses.

Depuis quelques mois les fréquences d'uriner ont beaucoup augmenté, dix à douze fois le jour et six à sept fois la nuit. Mictions difficiles, le malade étant obligé de faire des efforts. Urines claires, mais depuis quinze jours le malade a observé que le matin en se levant les draps étaient mouilles sans qu'il s'aperçoive qu'il perd ses urines ; depuis ce moment il a toujours continué à perdre ses urines jour et et nuit.

Actuellement le malade présente des envies fréquentes d'uriner toutes les vingt minutes. Mictions excessivement difficiles, le malade étant obligé de faire de grands efforts pour n'émettre que quelques gouttes d'urines ; les urines sont claires.

En plus, il perd constamment ses urines, et il est obligé de garder son urinal.

L'état général n'est pas brillant, le facies est abattu, les troubles digestifs sont assez marqués, inappétence, dégoût de toute alimentation, intolérance stomacale le malade a maigri.

La langue est sèche, rôtie, et il présente une soif ardente.

Pas de température.

Le pouls est normal.

C'est dans cet état d'intoxication urinaire que le malade rentre le 17 novembre 1913 dans le service des voies urinaires.

Examen physique. — Le ventre du malade est ballonné, la vessie est augmentée de volume et remonte jusqu'au voisinage de l'ombilic, la palpation est douloureuse, néanmoins elle permet de déceler la vessie distendue, la percussion montre une matité remontant jusqu'a l'ombilic.

Reins. — La palpation de la région lombo-abdominale est douloureuse sans pouvoir sentir le rein. Il n'existe pas de points urétéraux douloureux.

Prostate. — Le toucher rectal montre une prostate grosse, bien limitée, de consistance normale, bombant dans le rectum.

Urètre. — On ne fait aucune exploration urétérale.

Urines. — Les urines émises spontanément par le malade sont légèrement troubles. Le malade n'a jamais été sondé.

Diagnostic.— Il s'agit d'une hypertrophie de la prostate à la phase de rétention incomplète chronique avec distension qui n'a jamais été sondé.

Opération. — Vu l'état général assez grave du malade on pratique le *19 novembre 1913 la cystostomie* d'urgence sous anesthésie locale à la cocaïne.

Les suites opératoires furent assez satisfaisantes, le lendemain de l'opération ; le facies du malade changea complètement. Il devient plus gai, il n'est plus abattu comme la veille.

Le facies pâle, persiste pendant quelque temps pour disparaître complètement au bout de quinze jours.

Les troubles digestifs si marqués commencent à disparaître, l'appétit revient au bout d'une semaine, et le malade commence à se nourrir convenablement au bout de dix jours, la langue sèche et rouge changea immédiatement d'aspect, elle devint humide, la soif est beaucoup diminuée.

Urines. — Les urines sont assez abondantes les premiers jours, 4 litres. Mais elles diminueront au bout de trois jours, pour tomber à 2 litres, urines légèrement troubles.

Cet état d'amélioration sans température, continua à progresser, et au bout de vingt-cinq jours, le malade est complètement rétabli. Il mange avec appétit, son facies est complètement changé, la langue est devenue normale.

C'est dans cet état de santé amélioré que le malade quitte l'hôpital, 15 janvier 1914, avec une fistule hypogastrique dont on bénéficiera plus tard pour pratiquer la prostatectomie sus-pubienne définitive.

OBSERVATION IX

Epithélioma prostatique. — Rétention incomplète chronique avec distension. — Pas de sondage. — Cystostomie. — Guérison.

D..., Hippolyte, âgé de soixante-douze ans, de profession artiste, rentre à l'hôpital Lariboisière le 25 novembre 1913, pour des phénomènes d'incontinence d'urine.

Antécédents personnels. — Dans ces antécédents personnels nous trouvons plusieurs blennorragies pendant sa jeunesse.

Rien à noter au point de vue héréditaire.

Histoire de la maladie. — Les troubles de la miction paraissent remonter à cinq ans. A cette époque, le malade a observé que les besoins d'uriner sont devenus plus fréquents, sept-huit pendant le jour et trois quatre fois la nuit. Mictions faciles, sans douleur, urines claires.

Depuis les symptômes de pollakyurie n'ont fait que progresser, de plus, le malade a commencé à avoir même dès cette époque des troubles digestifs assez marqués — l'appétit com-mençant à disparaître — il avait un dégoût assez marqué pour la viande.

Lorsqu'il y a trois semaines le malade, rentrant chez lui, est pris de besoin d'uriner, mais malgré tous ses efforts il n'a pu émettre que quelques gouttes d'urine. Il se couche, et le lendemain matin il a trouvé son lit mouillé. Depuis ce temps-là il a toujours continué à perdre ses urines nuit et jour.

Actuellement. — Le malade perd constamment ses urines, il présente des envies très fréquentes d'uriner, mais malgré tous ses efforts il ne peut émettre que quelques gouttes distendues et douloureuses.

Etat général. — Excessivement mauvais, le facies très pâle, cachectique, anxieux, abattu, presque comateux, à peine s'il peut répondre aux questions.

Les troubles digestifs sont très marqués, le malade refuse toute alimentation, il éprouve un dégoût très marqué pour la viande, intolérance stomacale.

Amaigrissement considérable.

Langue sèche, rôtie.

Une soif très vive.

C'est dans un état presque comateux que le malade rentre à l'hôpital le 25 novembre.

Examen physique. — Le ventre du malade est ballonné et douloureux.

La vessie est augmentée de volume, et remonte à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

La palpation nous montre une vessie distendue et douloureuse.

La percussion donne de la matité correspondant au volume énorme de la vessie.

Reins. — La palpation de la région lombo-abdominale est douloureuse, mais on ne sent rien vu l'état de distension de l'abdomen.

Prostate. — Par le toucher rectal on sent une prostate plate, étalée, mal limitée, très dure.

Urines. — Les urines, celles que le malade émet, car on ne doit faire aucune exploration, sont claires.

Température. — La température est normale : 37 degrés.

Diagnostic. — Il s'agit d'un épithélioma de la prostate avec rétention incomplète chronique et distension qui n'a jamais été sondé.

Cystostomie. — Vu l'état général très grave, dans lequel se trouve le malade, on pratique le 28 novembre 1913, la cystostomie d'urgence sous anesthésie locale à la cocaïne.

Les suites opératoires. — Furent satisfaisantes, le facies du malade changea complètement : de l'état triste et abattu, presque comateux, où était plongé le malade, une gaieté vient se dépeindre sur sa figure, la pâleur resta encore marquée pendant assez longtemps.

La langue. — Resta encore rouge pendant une huitaine de jour mais la sécheresse était disparue, elle était devenue humide.

L'appétit. — Commence à réapparaître mais petit à petit et le malade ne commence à se nourrir qu'au bout de huit jour, la soif est diminuée.

Les urines. — Les premiers trois jours, sont assez abondantes : 6 litres, et légèrement sanglantes le premier jour.

Elles diminuent de quantité les jours suivants et tombent à 2 litres. Urines légèrement troubles.

Cet état d'amélioration va progressivement et, au bout de vingt-cinq jours, l'aspect du malade est complètement changé, le facies est moins pâle, il mange avec bon appétit, la langue est devenue humide, et il a commencé à reprendre ses forces.

C'est dans cet état de santé sensiblement amélioré que le malade quitte l'hôpital le 14 décembre 1913 avec une fistule

hypogastrique définitive, étant donné l'inopérabilité du néoplasme prostatique.

OBSERVATION X

Épithélioma de la prostate. — Rétention incomplète chronique avec distension. — Le jour de l'intervention crise de rétention aiguë. — Pas de sondage. — Cystostomie d'urgence. — Guérison.

S... Léon, âgé de soixante-treize ans, de profession camelot, rentre à l'hôpital Lariboisière, le 7 décembre 1913, pour des phénomènes d'incontinence d'urine.

Antécédents personnels et héréditaires. — On ne trouve rien à noter dans ses antécédents personnels et héréditaires.

Histoire de la maladie. — Les troubles de la miction ont débuté brusquement il y a une dizaine de jours.

Auparavant le malade urinait sans difficulté, trois à quatre fois le jour et une fois la nuit, jet normal, urines claires.

Lorsqu'il y a dix jours le malade en rentrant chez lui est pris de besoin d'uriner, mais malgré tous ses efforts, il n'a pu émettre que quelques gouttes d'urine. Il s'alite et le lendemain matin il a trouvé son lit mouillé, depuis ce temps il a toujours continué à perdre ses urines, le jour et la nuit. Pendant le jour il ne s'est jamais senti qu'il perdait ses urines.

Actuellement, le malade urine fréquemment et très difficilement, et tous les efforts n'aboutissent qu'à rendre quelques gouttes d'urines. En plus, il perd constamment ses urines pendant la nuit et il est obligé de garder son urinal.

État général. — Son état général est très mauvais, le malade se plaint d'avoir perdu son appétit et éprouve pour la viande un dégoût très marqué ; du reste il refuse toute alimentation, et ne demande qu'à boire, ayant une soif ardente.

La langue est sèche, rôtie.

Le facies attristé, pâle ; un peu de dyspnée vient s'ajouter à son mauvais état général.

C'est en pleine intoxication urinaire que le malade se présente à l hôpital le 7 décembre 1913.

Examen physique. — *Vessie.* — L'abdomen est volumineux, la vessie remonte jusqu'à l'ombilic. Elle présente de la matité à la percussion, elle est très tendue et douloureuse à la palpation.

Les reins sont impalpables, le malade accuse une douleur dans la région lombaire, les points urétéraux non douloureux.

Prostate. — Par le toucher rectal on trouve une prostate plate, étalée, mal limitée, très dure.

Urines. — Les urines, celles que le malade émet spontanément, car on ne doit pas faire aucune exploration vésicale, sont légèrement troubles.

La *température*, le jour d'entrée, est de 36·9, le *pouls* à 70.

Le jour de l'intervention le malade eut une crise de rétention aiguë.

Vu son état général assez grave, on pratique, *le 8 décembre 1913, la cystostomie* sous anesthésie locale à la cocaïne.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'opération, un bien-être se déclare chez le malade. De l'état triste et

abattu, où il se trouvait la veille, il résulte une amélioration sensible.

Son facies n'est plus abattu, il reste encore pâle pendant quelque temps. mais au bout de quinze jours le facies est irréconnaissable.

La langue persiste à être rouge pendant une semaine, mais la sécheresse est complètement disparue au lendemain de l'opération.

L'appétit commence à réapparaître, et le malade se nourrit convenablement au bout d'une semaine.

Cet état d'amélioration persiste en progressant jusqu'au jour de sortie de l'hôpital.

Les urines, les trois premiers jours après l'opération, sont abondantes, *4 litres par jour*, légèrement sanglantes, puis la quantité diminua progressivement pour tomber à 2 litres par jour avec urines légèrement troubles.

La température, normale, 36°9-37 degrés, qu'elle garda jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Le 29 décembre, on fait l'examen de la constante et on trouve :

$$K = 0{,}35$$

C'est dans une amélioration parfaite que le malade sort de l'hôpital *le 13 janvier 1914*, avec une fistule hypogastrique définitive, étant donné l'inopérabilité du néoplasme prostatique.

Diagnostic. — Il s'agit donc d'un épithélioma de la prostate, avec rétention incomplète chronique et distension, et qui, au jour de l'intervention, eut une crise de rétention aiguë, qui n'a jamais été sondé et chez lequel la cystostomie

pratiquée d'urgence améliora immédiatement et sensiblement l'état grave du malade.

OBSERVATION XI

Épithélioma prostate. — Rétention incomplète chroniquc avec distension. — Malade dans le coma. — Pas de sondage. — Cystostomie d'urgence. — Guérison.

R... Gustave, âgé de soixante-seize ans, sans profession, rentre à l'hôpital Lariboisière le 9 décembre 1913 dans un service de médecine générale.

Son état comateux ne permet pas de l'interroger.

En l'examinant, on s'aperçoit qu'il perdait ses urines. On le repasse immédiatement dans le service des voies urinaires.

Il est impossible de tirer la moindre parole, le malade étant plongé dans le coma, et dans un état d'agitation très marqué.

On se contente de l'examiner et on trouve le ventre ballonné et douloureux car la pression amenait des cris.

La vessie est augmentée de volume, et remonte jusqu'au niveau de l'ombilic. La palpation permet de sentir la vessie distendue. La percussion, une matité remontant jusqu'à l'ombilic.

Prostate. — Le toucher rectal montre une prostate légèrement augmentée de volume, étalée, mal limitée et dure.

Vu l'état comateux du malade, on pratique d'urgence, le 9 décembre 1913, la cystostomie sous anesthésie locale à la cocaïne.

Suites opératoires. — Les urines, au moment de l'intervention, étaient sanglantes.

Le lendemain de l'opération, même état comateux et agitation extrême. On est obligé de mettre des planches en bois autour du lit.

Les urines ne peuvent pas être recueillies car le malade en s'agitant, les renverse dans son lit; pourtant la quantité n'est pas abondante.

La température est prise et elle marque 38°5.

Le pouls à 90.

Cet état comateux dura cinq jours. Au bout de cinq jours, le malade est moins agité et il commence à s'alimenter lui-même car jusqu'à présent on est forcé de lui faire prendre de temps en temps un peu de lait. La température se maintient autour de 38 degrés. Au bout de huit jours, des phénomènes de congestion pulmonaire viennent se déclarer, le malade est très oppressé ; on lui fait des ventouses et des cataplasmes sinapisés.

Au bout de six jours, tout reste dans l'ordre la température tombe à 37 degrés et se maintiendra jusqu'à la fin.

Le malade demande à s'alimenter, et l'amélioration continue à progresser, et, au bout de vingt-cinq jours, le malade est presque complètement rétabli ; il mange avec appétit, son facies est normal, la langue est humide et il a repris des forces.

C'est dans une amélioration assez marquée que le malade est parti chez lui le 19 février 1914 avec une fistule hypogastrique définitive, vu l'inopérabilité du néoplasme prostatique.

Diagnostic. — Il s'agit d'un épithélioma de la prostate avec

rétention incomplète chronique et distension dans un état comateux, et qui n'a jamais été sondé, et chez lequel la cystotomie d'urgence améliora sensiblement l'état grave du malade.

OBSERVATION XII

Épithélioma de la prostate. — Rétention incomplète chronique avec distension. — Pas de sondage. — Cystostomie d'urgence. — Guérison.

P... Colin-Jules, âgé de soixante-huit ans, de profession terrassier, rentre à l'hôpital Lariboisière le 15 décembre 1913, pour des phénomènes d'incontinence d'urine.

Rien à noter au point de vue de ses antécédents personnels et héréditaires.

Histoire de la maladie. — Les troubles de la miction paraissent remonter à quatre ans. A cette époque, le malade a observé que les fréquences de mictions sont augmentées, il urinait sept, huit fois le jour et quatre, cinq fois la nuit. Les mictions étaient faciles, non douloureuses, urines claires.

Cette pollakyurie diurne et nocturne n'a fait que progresser, sans pourtant que le malade s'en inquiète.

Lorsqu'il y a une huitaine de jours, le soir, en rentrant chez lui, il est pris de besoin d'uriner, mais malgré tous ses efforts, il ne parvint à émettre que quelques gouttes d'urine. Il s'alite, et le lendemain matin il trouve son lit complètement mouillé. Depuis, le malade continue à perdre des urines nuit et jour.

Actuellement, le malade présente des envies très fréquentes d'uriner, toutes les quinze minutes. Mais, malgré tous ses

efforts, il ne parvient qu'à émettre quelques gouttes d'urine. Mictions douloureuses, urines légèrement troubles.

En plus, le malade perd ses urines constamment, jour et et nuit et il est obligé de garder son urinal.

État général est assez mauvais, des troubles digestifs assez marqués, ils sont apparus déjà depuis un certain temps, c'était justement ce qui inquiétait le plus le malade. Il avait perdu complètement son appétit, du fait il avait beaucoup maigri, ce qui a obligé le malade de rentrer à l'hôpital ; la langue sèche et rôtie et une soif ardente.

Le facies du malade est pâle, triste, cachectisé. C'est dans un état d'intoxication urinaire assez marqué que le malade rentre à l'hôpital le 15 décembre 1913.

Examen physique. — Le ventre est météorisé, la vessie est augmentée de volume, elle remonte jusqu'à l'ombilic. La palpation est douloureuse et la défense musculaire ne permet pas de sentir la vessie distendue, la percussion montre une matité remontant jusqu'à l'ombilic.

Reins. — La palpation de la région abdominale est douloureuse ; vu l'état de distension de la paroi, l'exploration rénale est impossible.

Prostate. — Le toucher rectal montre une prostate légèrement augmentée de volume, étalée, mal limitée et très indurée. On ne fait aucune exploration urétrale ou vésicale.

Urines. — Les urines émises spontanément par le malade sont légèrement troubles. Il n'a pas de température, le pouls est normal.

Diagnostic. — Il s'agit d'un épithélioma de la prostate avec rétention incomplète chronique et distendu. État général assez mauvais. Il n'a jamais été sondé.

Opération. — Vu son état général assez grave, on pratiqua, le *16 décembre 1913*, la *cystostomie* d'urgence sous anesthésie locale à la cocaïne.

Les suites opératoires furent satisfaisantes ; le lendemain de l'opération le facies du malade est complètement changé, il n'est plus abattu, la gaieté vient se marquer sur sa figure, la pâleur du visage persiste assez longtemps pour disparaître complètement quelques jours avant la sortie du malade de l'hôpital.

Les troubles digestifs, si marqués, commencent à s'améliorer.

L'appétit revient au bout de quelques jours, et le malade commence à manger au bout de cinq jours.

La langue, sèche et rôtie, change et devient humide.

Les urines sont en assez grande quantité les deux premiers jours, 5 à 6 litres. Urines légèrement sanglantes, puis elles deviennent moins abondantes et tombent à 2 litres, légèrement troubles. Cet état d'amélioration va en progressant et, au bout de vingt jours, le facies du malade est complètement changé.

C'est avec une mine resplendissante que le malade quitte l'hôpital *le 12 janvier 1914*, avec la fistule hypogastrique fermée et avec la prescription des sondages réguliers.

CONCLUSIONS

1° Le traitement de la rétention incomplète chronique avec distension *par le sondage méthodique*, a donné et donne toujours des résultats déplorables.

Les malades sortent de la rétention pour entrer dans l'infection lorsqu'ils ne sont pas emportés de bonne heure par des accidents immédiats. Le traitement donc est très dangereux ; il est en outre très difficile. (1)

2° Le traitement *par la prostatectomie d'urgence* est aussi dangereux que le cathétérisme.

L'état général de ces malades est parfois si mauvais, leur faiblesse si grande, leurs reins si insuffisants que les risques d'une opération comme la prostatectomie paraissent encore plus grands que ceux du cathétérisme.

3° Le traitement par la *cystostomie* d'urgence sous anesthésie locale à la cocaïne doit être le traitement de choix pour ces malades.

C'est une opération facile, simple, non dangereuse pour le malade. Jamais elle n'a donné ni

---

Legueu, *Traité de Chirurgie et d'Urologie*, p. 162

d'hémorragie *ex-vacuo* ni d'infection, et les résultats que nous avons obtenus sont très concluants pour en faire de cette méthode le traitement de choix.

Vu : le Président de la thèse
LEGUEU

Vu : le Doyen,
F. LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Guyon. — Maladies des voies urinaires, t. I, p. 265.

Legueu.— Traité chirurgical d'Urol., p. 166-941.

Nicolich. — Annales des maladies génito-urinaires, 1905, p. 667, t. I.

Pauchet. — Assoc. fr. d'Urol., 1904.

Escat. — Assoc. fr. d'Urol., oct. 1904.

Hartmann. — Société de Chirurgie, 1904.

Heresco. — Association fr. dUrol., 1903.

Voiselle. — Thèse de Paris, 1904.

Raffin. — Lyon Médical, 1904, C. II, p. 673.

Faysse. — Thèse de Lyon, 1904.

Cserny. — Arch. für Klinisch. Chir., 1905, t. LXXI, p. 1001.

Albarran. — Compte rendu de la VII[e] session d'Assoc. fr. d'Urol., 1903, p. 564.

Petit. — Thèse de Paris, 1902.

Hartmann. — Bulletin et mémoires de la Soc. de Chir. de Paris, 21 juin 1904, vol. XXX, p. 558.

Murphy. — Journ. Am. med. Assoc., 1904, vol. I, p. 1557 et vol. II, p. 14.

Raffin. — Assoc. franç. d'Urol., 1904.

Predal. — Thèse de Paris, 1896.

Proust. — Thèse de Paris, 1899-1900.

Vrain. — Thèse de Paris, 1903-1904.

Jean. — Thèse de Paris, 1879.

Mondin. — Thèse de Paris, 1901-1902.

Maurat. — Thèse de Paris, 1907-1908.

Toro. — Thèse de Paris, 1907-1908.

Annales génito-urinaires, 1906.

Annales génito-urinaires, 1907.

Legueu. — Société de Chirurgie, 31 oct. 1906.
Meyer. — Medical Record, 7 oct. 1905.
Michon. — Annales génito-urinaires, 1908.
Escat. — Annales génito-urinaires, 1909.
Desnos. — Annales génito-urinaires, 1909.
Lilienthal. — New-York med. journ., 1908.
Cabot. — Boston med. and. surg. J., 24 avril 1908.
Legueu. — Revue Internat. de Méd. et de Chir., 25 oct. 1908.
Pasteau. — Annales génito-urinaires, 1910.
Freyer. — Praktitsheski Vratch, 2 août 1909.
Gallois. — Sociétés des chirurgiens de Paris, 21 mai 1909.
Herring. — Praktitsheski Vratch., 8 nov. 1909.
Federici. — Riv. internaz. de Clin. et terap Napoli, 1910, p. 129-132.
Luys (Georges). Société d'internat, 24 fév. 1910.
Goëtzl. — Vratchebuaia Gazeta, n° 46.
Choltzow. — Vratchebnaia Gazeta, 5 juin 1911.
Mouchadzé. — Vratchebnaia Gazeta, 7 août 1911.
Hug-Hampton Young. Annales génito-urinaires, 1911.
Howard Lilienthal. — Journal d'Urologie, 1912.
Adrian. — Zeitschrift für Urologie, Bd. VI, H. 1. 1912, p. 52-57.
Casper. — Zeitschrift für Urologie Bech, 2, 1913, p. 265-270.
Smith (O.). — Journal of Surgery, vol. XXVI, n° 1, janvier 1912, p. 33.
Rovsing (T.). — The American Journal of Urology, vol. VIII, n° 2, février 1912, p. 59.
Frank (R.). — Zeitschrift fur Urolog. Bech, 2, 1912, p, 260.
Cholzow. — Folia urologica, déc. 1911, n° 7, p. 483.
Salvatore-Diliberti-Herbin. — Societa Editrice Universitaria, Palerme, 1911.
Portner. — Mediziniche Klinik, t. VII, n° 44, 29 oct. 1911, p. 1683-1687,
Smoler (F.), Prayer. Medizin. Woch., t. XXXVI, 23 nov. 1911, p. 607.

Pilcher Lewis et *Pilcher* (P.). — American Journal of Surgery, vol. XXV, n° 6, juin 1912, p. 218-223.

Fraser. — Britisch medic. Associat, in The Britisch. medic. Journal, n° 2, 5 oct. 1912, p. 868.

Tandler. — Zeitschrift f. urol., t. VI, fasc. 3, 1912.

Carlier. — Echo Medic. du Nord, 10 mars 1912.

Heresco. — Spitalul XXXI, 25 déc. 1911, p. 581-583.

Audry. — Archives prov. de Chirurgie, juin 1902.

Violet. — Prov. médic., 15 mars 1902.

Tuffier. — Société de Chirurgie, oct. 1901.

Deaver. — Philadelphia med. Journal, 19 avril 1902.

Durand. — Société de Chirurgie de Lyon, août 1903.

Rochet. — Société de Chirurgie. Lyon, 30 avril 1903.

Feundenberg (Albert). — Deutsch Medicin Zeitung, n° 1, 1900.

Guelliot. — Société de Chirurgie, 9 avril 1902,

Hartmann. — Société de Chirurgie, 30 juillet 1902.

Lavaux. — Chirurg. Contempor. des org. génito-urinaires. Paris, 1902.

Lilienthal. — American Journ. of med. Sciences, 18 janv. 1902.

Rochet. — Société de Chirurgie, de Lyon, mars, et avril 1902.

(*Charier d'Angers*). — Rapport de Poltherat (Société de Chirurgie, 26 mars 1902).

Imp. de la Faculté de Méd. JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris, 2302-15